

Julia M. B. Neng, Florian Weck

Hypochondrie und Krankheitsangst – ein kognitiver Behandlungsansatz

Hypochondriasis and Illness Anxiety – A Cognitive Treatment Approach

Zusammenfassung

Lange Zeit galt die Hypochondrie als schwer behandelbare Störung. Seit den 1990er Jahren wurden jedoch effektive Ansätze zu ihrer Behandlung entwickelt. Der vorliegende Artikel erläutert, aufbauend auf dem kognitiven Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Hypochondrie (Salkovskis & Warwick, 1986), einen kognitiven Therapieansatz. Zu Beginn der Therapie stehen der Aufbau der Behandlungsmotivation und eines tragfähigen Arbeitsbündnisses im Vordergrund. Psychoedukative Elemente sollen dazu beitragen, dass irrationale Vorstellungen über den Körper und die Gesundheit hinterfragt werden. Durch Verhaltensexperimente und sokratischen Dialog werden weitere dysfunktionale Annahmen, die zur Aufrechterhaltung der Ängste beitragen, in Frage gestellt. Durch ein Aufmerksamkeitstraining, in dem die Aufmerksamkeit auf externe Reize gelenkt wird, wird die Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Körper durchbrochen. Sicherheits- und Vermeidungsverhalten werden identifiziert und abgebaut. Schließlich werden aufdringliche Vorstellungsbilder durch Imagery Rescripting bearbeitet und verändert. Wirksamkeitsstudien weisen darauf hin, dass kognitive Interventionen eine effektive Behandlung hypochondrischer Ängste erlauben. Mögliche künftige Forschungsperspektiven werden dargestellt.

Schlüsselwörter

Hypochondrie – Krankheitsangst – kognitive Therapie – Behandlung

Summary

Hypochondriasis has long been considered as difficult to treat. In the last two decades however, effective approaches to its treatment have emerged. The paper illustrates a cognitive treatment approach based on Salkovskis' and Warwick's cognitive theory (1986). In the beginning, we focus on establishing treatment motivation and a stable working relationship. Psychoeducative elements are supposed to contribute to the critical questioning of irrational ideas regarding body and health. Behavioral experiments and socratic questioning help to challenge further dysfunctional assumptions that maintain anxiety. An attention training directing the patient's attention towards external stimuli disrupts their focus of attention on the body. Safety and avoidance behaviors are identified and reduced. Finally, intrusive images are treated with imagery rescripting. Empiric research indicates that cognitive interventions provide an effective treatment of hypochondriacal fears. Potential perspectives on future research are outlined.

Keywords

hypochondriasis – illness anxiety – health anxiety – cognitive therapy – cognitive treatment

■ Einleitung

Kernmerkmal der Hypochondrie ist die übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben (APA, 2000). Um eine Hypochondrie nach DSM-IV diagnostizieren zu können, muss die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten trotz angemessener medizinischer Abklärung bestehen bleiben und seit mindestens sechs Monaten vorliegen. Zudem muss ausgeschlossen werden, dass die Krankheitsängste besser durch eine andere Störung (generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Panikstörung, Major Depression, Störung durch Trennungsangst oder eine andere

somatoforme Störung) erklärt werden können, und die Krankheitsängste müssen eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung zur Folge haben. Bezüglich der Prävalenz der Hypochondrie zeigen sich in Abhängigkeit von der Erhebungsmethode und der Stichprobe deutliche Unterschiede. So wird die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung in repräsentativen Stichproben auf 0-0,4% geschätzt (Bleichhardt & Hiller, 2007; Lieb et al., 2002; Looper & Kirmayer, 2001; Martin & Jacobi, 2006; Noyes, Carney, Hillis, Jones & Langbehn, 2005). Hingegen finden sich erwartungsgemäß in medizinischen Versorgungseinrichtungen deutlich höhere Prävalenzen von 0,8-10,3% (vgl. Noyes, 2001).

In den aktuellen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV wird die Hypochondrie unter dem Kapitel der somatoformen Störungen aufgeführt (APA, 2000; Dilling & Freyberger, 2006). Diese Einordnung hat zunächst historische Grundlagen (Noyes, Stuart, Watson & Langbehn, 2006). Sowohl die Hysterie als Vorläufer der Somatisierungsstörung als auch die Hypochondrie haben ihre Wurzeln im antiken Griechenland. Dort wurden Organe als Quelle psychischer Störungen gesehen – die Gebärmutter (gr.: hystera) als Ursprung der Hysterie (Morris & Donohoe, 2004) und die Organe unter den Rippenknorpeln (gr.: hypochondrium) als Ausgangspunkt für die Hypochondrie (Berrios, 2001). Im Laufe der Jahrhunderte wurden beide Begriffe durch diverse körperliche Symptome definiert; Hysterie wurde z. B. mit Krämpfen und Ohnmacht in Verbindung gebracht (Morris & Donohoe, 2004), während der Hypochondrie unter anderem gastrointestinale Störungen und Schwermütigkeit zugeordnet wurden (Berrios, 2001). Durch die Vielzahl der mit beiden Begriffen assoziierten Symptome wurde es immer schwieriger, sie von anderen körperlichen und psychischen Störungen zu differenzieren. Im 18. Jahrhundert wurden Hysterie und Hypochondrie erstmals als eigenständige Erkrankungen diskutiert (Noyes, 2011), dennoch wird bis heute die nosologische Trennung der Somatisierungsstörung und der Hypochondrie immer wieder debattiert (Noyes et al., 2006). Inhaltlich ist die Einordnung der Hypochondrie bei den somatoformen Störungen dadurch begründet, dass körperliche Beschwerden vorliegen, die nicht hinreichend durch medizinische Ursachen zu erklären sind. Doch nicht ohne Grund erscheint dieser Beitrag im Themenheft Angststörungen: Bei der Hypochondrie besteht der Leidensdruck nicht im Vorliegen der körperlichen Beschwerden an sich, sondern vielmehr in der Angst, die durch die Interpretation von Körpersymptomen als Hinweis auf eine schwere Erkrankung entsteht. Dieser Zusammenhang wird auch bei der Planung zur Neuauflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals stärker berücksichtigt (vgl. DSM-5; APA, 2011, S. 5). Dort heißt es: “The individual’s concern is focused not on any physical distress per se, but rather on a suspected, underlying medical diagnosis.“ Insofern bestehen bedeutsame Ähnlichkeiten mit den Angststörungen: Patienten mit Panikstörung entwickeln eine erhöhte Aufmerksamkeit für körperliche Vorgänge und erleben während einer Panikattacke ausgeprägte physische Symptome, die sie oft als Anzeichen für eine organische Erkrankung interpretieren, was eine vermehrte Konsultation von Ärzten zur Folge hat. Bei Zwangserkrankungen spielen häufig aufdringliche krankheitsbezogene Gedanken und Bilder und damit verbundene wiederholte sicherheitssuchende Verhaltensweisen eine große Rolle. Ähnlichkeiten bestehen auch mit der generalisierten Angststörung, bei der neben übermäßigen Sorgen bezüglich verschiedener anderer Ereignisse auch Krankheitsängste vorkommen, die mit einer erhöhten Wachsamkeit für sorgenbezogene Reize und gleichzeitiger Unterdrückung darauf bezogener Vorstellungsbilder einhergehen.

Die Eingruppierung der Hypochondrie unter die somatoformen Störungen wird daher vielfach in Frage gestellt, und verschiedene Autoren schlagen vor, die Hypochondrie bei den Angststörungen einzuordnen (Barsky, Barnett & Cleary, 1994; Noyes, 1999; Fava, Fabbri, Sirri & Wise, 2007; Olatunji, Dea-

con & Abramowitz, 2009; Salkovskis & Clark, 1993; Schmidt, 1994; Starcevic, 2001). In der derzeitigen Planung des DSM-5 wird die Hypochondrie, die nun als „Illness Anxiety Disorder“ bezeichnet werden soll, wieder den somatoformen Störungen zugeordnet, die als „Somatic Symptom Disorders“ bezeichnet werden sollen (APA, 2011). Die Klassifizierung der Hypochondrie als Angststörung wäre begrüßenswert gewesen, da gerade die genannten Analogien zu den Angststörungen wichtige Anstöße zur Entwicklung effektiver Behandlungsansätze geliefert haben. Olatunji, Deacon und Abramowitz (2009) gehen sogar so weit zu bemerken, die Fehlklassifikation der Hypochondrie als somatoforme Störung habe zu einer beachtlichen Verzögerung in der Entwicklung theoretisch begründeter Erklärungs- und Behandlungsansätze geführt. Tatsächlich galt die Hypochondrie lange Zeit als schwer behandelbar (Kenyon, 1964), und erst in den letzten zwanzig Jahren wurden durch eine Erweiterung der Kenntnisse über Krankheitsängste erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungsansätze konzipiert. Ausgehend von einem kognitiven Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Hypochondrie wird im Folgenden ein kognitiver Behandlungsansatz vorgestellt und diskutiert.

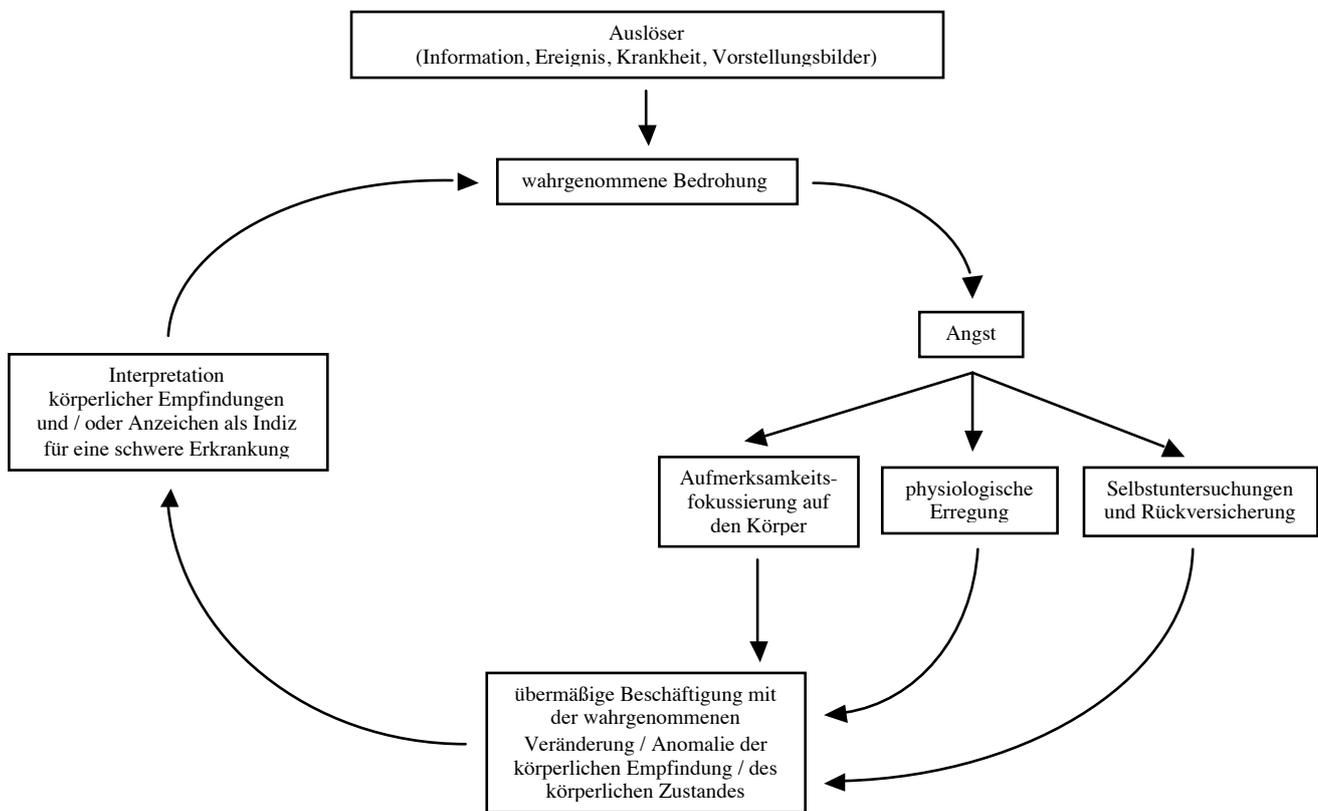
■ Das kognitive Störungsmodell

Emotionale Probleme entstehen aus kognitiver Perspektive dadurch, dass mehrdeutige Situationen oder Stimuli als bedrohlicher wahrgenommen werden, als sie tatsächlich sind (Beck, 1978). Der zentrale kognitive Prozess in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Hypochondrie ist die anhaltende Tendenz, körperliche Veränderungen und Symptome, aber auch andere gesundheitsbezogene Informationen im Sinne einer schweren Erkrankung zu interpretieren (Salkovskis & Clark, 1993; Salkovskis & Warwick, 1986, 2001; Warwick & Salkovskis, 1990). Laut Salkovskis & Warwick (2001) wird das Ausmaß, in dem diese Fehlinterpretationen Krankheitsängste hervorrufen, von vier Faktoren beeinflusst: Die Ängste werden intensiver, wenn die Auftretenswahrscheinlichkeit der Erkrankung als sehr hoch eingeschätzt wird. In Wechselwirkung damit beeinflusst auch die Erwartung der negativen Auswirkungen und Folgen der Krankheit die Ängste, z. B. verstärken Vorstellungen von Schmerzen, leidenden Angehörigen oder finanziellen Schwierigkeiten die Ängste. Ein großes Vertrauen in das eigene Vermögen, mit der Erkrankung umzugehen, wirkt sich hingegen mildernd auf die Ängste aus. Auch eine starke Zuversicht, externe Hilfe zu erhalten, wie z. B. eine positive Einstellung zur Schulmedizin, verringert die Intensität der Ängste. Aus dieser Modellvorstellung wird verständlich, dass es z. B. selbst bei gering eingeschätzter Auftretenswahrscheinlichkeit der gefürchteten Erkrankung zu drastischen Ängsten kommen kann, wenn besonders bedrohliche Vorstellungen über die Auswirkungen der Krankheit bestehen. Die Fehlinterpretationen im Sinne einer schweren körperlichen Erkrankung entstehen auf der Basis dysfunktionaler, krankheitsassoziiierter Grundannahmen („Körperliche Symptome sind immer ein Zeichen für eine schwere Erkrankung“). Bei der Ausbildung solcher Grundannahmen spielen verschiedene Lernerfahrungen eine Rolle. Nach Warwick und Salkovskis (1990) sind negative frühere Erfahrungen mit

eigenen Krankheiten, Krankheiten im persönlichen Umfeld oder unzulänglicher ärztlicher Behandlung sowie Informationen aus den Medien von Bedeutung. Noyes et al. (2002) fanden Hinweise, dass Erfahrungen mit eigenen schweren somatischen Erkrankungen und Unfällen in der Kindheit, chronische Erkrankungen eines Familienmitglieds, schwere Erkrankungen eines engen Freundes sowie gefährliche Berufe oder Alkohol- bzw. Drogenprobleme eines Familienmitglieds Risikofaktoren für Hypochondrie darstellen. Auch andere Untersuchungen fanden Zusammenhänge zwischen Erfahrungen mit Krankheiten und Krankheitsängsten (z. B. Barsky, Wool, Barnett & Cleary, 1994; Bianchi, 1971; Weck, Bleichhardt & Hiller, 2009; Weck, Harms, Neng & Stangier, 2011). Nach Warwick und Salkovskis (1990) können dysfunktionale Grundannahmen beständige Krankheitsängste verursachen

und/oder durch bestimmte Hinweisreize (z. B. Bericht in den Medien über Magenschmerzen und Magenkarzinome) ausgelöst werden und negative automatische Gedanken oder bildliche Vorstellungen hervorrufen. Diese intrusiven Gedanken und Bilder konzentrieren sich meist auf mögliche beängstigende Gründe für die wahrgenommenen Symptome („Seit Tagen ist mir so flau im Magen, sicher habe ich Magenkrebs“) oder auf negative Konsequenzen (z. B. langes Siechtum bis hin zum Tod). Diese Gedanken und Bilder bedingen schließlich maladaptive Fehlinterpretationen: Der eigene Gesundheitszustand wird als bedrohlicher wahrgenommen, als er tatsächlich ist, und die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins von Krankheiten wird überschätzt (siehe Abb.1), was mit heftigen Ängsten einhergeht (Marcus, Gurley, Marchi & Bauer, 2007).

Abb 1: Kognitiv-verhaltensbezogenes Störungsmodell der Hypochondrie (nach Warwick & Salkovskis, 1990, S. 112)



In der Aufrechterhaltung der Krankheitsängste spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Die dysfunktionalen Grundannahmen verursachen Verzerrungen in der Informationsverarbeitung. Es werden selektiv Informationen wahrgenommen, die die Krankheitsängste zu stützen scheinen, und Informationen, die inkonsistent mit den Krankheitsbefürchtungen sind, werden nicht beachtet oder übersehen. Die Ängste selbst führen zu einer weiteren Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf krankheitsrelevante Reize, wodurch gewöhnliche Körperwahrnehmungen (z. B. Magendehnung nach dem Essen) oder zuvor unbemerkte körperliche Merkmale (z. B. Muttermale) in den Wahrnehmungsfokus treten. Zudem kann die Konzentration auf körperliche Prozesse, die nicht der willkürlichen Steuerung

unterstehen (z. B. Atmung), reale physiologische Veränderungen hervorrufen, die ihrerseits zur Quelle von Befürchtungen werden können. Daneben lösen Ängste durch die damit verbundene Stressreaktion physiologische Erregung aus, die häufig im Sinne der befürchteten Krankheit interpretiert wird (z. B. erhöhter Herzschlag als Zeichen für eine schwere Herzerkrankung). Diese Interpretation verstärkt die Angst, was wiederum eine Zunahme der physiologischen Erregung zur Folge hat. Dadurch ergibt sich ein Teufelskreis aus autonomer Erregung und Angst. Patienten mit Hypochondrie haben ein ausgeprägtes Bedürfnis, die absolute Sicherheit zu gewinnen, dass sie gesund sind (Smeets, de Jong & Mayer, 2000). Diese starke Intoleranz gegenüber Unsicherheit führt gemeinsam mit der Angst zu Sicher-

heitsverhalten (z. B. Selbstuntersuchungen, Rückversicherung in medizinischer Literatur, im Internet, im sozialen Umfeld oder bei medizinischem Fachpersonal) und *Vermeidung* (z. B. von körperlicher Anstrengung). Langfristig bewirken diese Verhaltensweisen eine Aufrechterhaltung oder sogar eine Verstärkung der Ängste, denn durch sie kommt es zu einer intensivierten Beschäftigung mit den wahrgenommenen körperlichen Veränderungen oder Symptomen. Selbstuntersuchungen, ärztliche Untersuchungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten können zudem neue Symptome verursachen oder bestehende Symptome weiter verstärken. Überdies können im Rahmen der Rückversicherung erhaltene Informationen die Bandbreite der katastrophisierenden Interpretationen weiter vergrößern. Eine Korrektur der fehlerhaften Interpretationen wird durch Vermeidungsverhalten verhindert. Bedingt durch kognitive Faktoren, physiologische Erregung und sicherheitssuchende Verhaltensweisen entsteht ein Teufelskreis, in dem sich die Angst immer weiter aufschaukelt.

■ Kognitive Therapie

Ziel der Behandlung ist es, das beim Patienten vorherrschende somatisch orientierte Störungsmodell in Frage zu stellen und gemeinsam mit dem Patienten ein neues psychophysiologisches Erklärungsmodell für die von ihm beschriebenen Symptome zu entwickeln. Der Patient soll lernen, katastrophisierende Bewertungen und dahinterstehende maladaptive Annahmen anzuzweifeln. Das die Störung aufrechterhaltende Sicherheitsverhalten soll eingeschränkt und wenn möglich abgelegt werden. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die nachfolgend erläuterten Behandlungselemente.

Tabelle 1: Komponenten im Störungsmodell und entsprechende Behandlungselemente

Komponenten im kognitiven Störungsmodell	Interventionen und Bewältigungsstrategien
Fehlinterpretationen und Verzerrungen in der Informationsverarbeitung führen zu einer erhöhten Einschätzung der Bedrohung	Psychoedukation, Verhaltensexperimente, kogn. Umstrukturierung, Strategien zur Integration neuer Sichtweisen in den Alltag
Aufmerksamkeit ruft körperliche Symptome ins Bewusstsein und verstärkt sie	Aufmerksamkeitstraining
Sicherheitsverhalten und Vermeidung führen langfristig zu einer Aufrechterhaltung der Krankheitsängste	Reduktion von Sicherheitsverhalten und Vermeidung
Intrusionen	Imagery Rescripting

■ Behandlungsmotivation und Arbeitsbündnis

In den ersten Kontakten mit dem Patienten ist es entscheidend, Grundsteine zur Behandlungsmotivation zu legen und ein gutes Arbeitsbündnis zu etablieren. In der ärztlichen Versorgung werden hypochondrische Patienten aufgrund ihrer wiederholten Suche nach Rückversicherung meist als problematisch und frustrierend empfunden (Hahn, Thompson, Willis, Stern & Budner, 1994). Wahl (1963) beispielsweise beschreibt hypochondrische Patienten aus ärztlicher Sicht als „Fluch der medizinischen Praxis“, dessen man sich so schnell wie möglich entledigen möchte. So machen Patienten mit Hypochondrie häufig die Erfahrung, dass sie in ihren Beschwerden nicht angehört oder ernst genommen werden. Nicht selten fühlen sich Patienten angegriffen oder vorschnell abgefertigt, wenn ihnen eine psychotherapeutische Behandlung nahegelegt wird, da sie eine körperliche Ursache hinter den Symptomen vermuten. Hiller und Bleichhardt (2008) benennen verschiedene Problemsituationen und Bewältigungsmöglichkeiten in der Psychotherapie mit somatoformen Patienten: Bei einigen Patienten ist durch die auf somatische Erklärungen eingeengte Sichtweise oder durch schlechte Vorerfahrungen im Versorgungssystem nur eine vordergründige Behandlungsmotivation vorhanden, andere haben eine passive Haltung und erwarten in Anlehnung an ein medizinisches Versorgungsmodell eine Besserung ohne aktive eigene Mitarbeit. Wieder andere hoffen, im Therapeuten Unterstützung bei der Suche nach der organmedizinischen Ursache der Beschwerden zu finden, haben unrealistische Erwartungen bezüglich einer vollständigen Beseitigung der Beschwerden oder sehen Psychotherapie resignativ als wenig versprechende letzte Chance, die sie über sich ergehen lassen müssen. Diese Verhaltensweisen können aufseiten des Therapeuten zu Zurückhaltung, Unverständnis und Gefühlen der Hilflosigkeit führen. Für ihn ist es daher hilfreich, sich genau in den Patienten hineinzudenken. Dazu und im Wissen um oben genannte potentielle schwierige Vorerfahrungen des Patienten ist es wichtig, bei der Exploration der Beschwerden besonders geduldig und empathisch vorzugehen, Verständnis für die Beeinträchtigung des Patienten durch die Krankheitsängste zu äußern und körperliche Beschwerden als real anzuerkennen. Für den Patienten, der im sozialen Umfeld und in der medizinischen Versorgung häufig auf Unverständnis stößt, kann es sehr entlastend sein zu erfahren, dass er mit seinen Krankheitsängsten nicht allein ist und der Therapeut schon ähnliche Fälle behandelt hat (Warwick & Salkovskis, 2001). Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung können dabei helfen, die Behandlungsmotivation zu fördern (Taylor & Asmundson, 2004). Ein zu direktives Vorgehen des Therapeuten stößt häufig auf Reaktanz. Wells (1997) empfiehlt, gegenüber unentschiedenen Patienten die Therapie als eine Möglichkeit darzustellen, eine neue Perspektive zu überprüfen, bei der es nichts zu verlieren gibt. Bei misstrauischen Patienten sollten die hinter der Skepsis stehenden Einstellungen und Erwartungen herausgearbeitet werden. Durch ein Eingehen auf diese Befürchtungen und motivierende Informationen in Bezug auf das Konzept der psychotherapeutischen Behandlung (z. B. durch Psychoedukation) kann eine gemeinsame Zielsetzung erarbeitet werden

(Hiller & Bleichhardt, 2008). Ein wichtiger initialer Schritt zu einer gemeinsamen Sichtweise ist z. B. das Thematisieren des Begriffs „Hypochondrie“ (vgl. Bleichhardt & Weck, 2010). Anhand der Kriterien kann die Diagnose nachvollzogen werden, und der Patient hat Gelegenheit, seine häufig negativen Erfahrungen mit dem Begriff dazu in Bezug zu setzen. Um abwertende Nebenbedeutungen zu umgehen, ist es hilfreich, im Verlauf den Begriff „Krankheitsangst“ zu verwenden. Die Aufrechterhaltung der Behandlungsmotivation und die kontinuierliche Synthese der verschiedenen Problemsichtweisen zu einem gemeinsamen Ziel bleiben fortwährende Aufgabe des Therapeuten über die gesamte Behandlung hinweg.

■ Psychoedukation

Im Rahmen des kognitiven Modells wird dysfunktionalen Bewertungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Hypochondrie ein zentraler Stellenwert zugesprochen. Auch empirische Arbeiten belegen, dass Patienten mit Hypochondrie eine Vielzahl von kognitiven Verzerrungen aufweisen und ein problematisches Gesundheitskonzept haben (z. B. Rief & Hiller, 1998). So wird Gesundheit von den Betroffenen häufig mit dem Fehlen jeglicher körperlicher Symptome gleichgesetzt und das Vorliegen von körperlichen Missempfindungen dementsprechend nicht akzeptiert. Daher ist es wichtig im Rahmen der Behandlung die Vorstellungen des Patienten über Gesundheit zu explorieren. Ziel ist es, das häufig sehr organisch orientierte Störungsmodell des Patienten durch ein psychophysiologisches Verständnis zu ersetzen (vgl. Hiller & Rief, 1998). Hierbei kann eine gezielte Informationsvermittlung dazu beitragen, dass falsche Vorstellungen über die Gesundheit und das Vorliegen körperlicher Symptome korrigiert werden. Solche psychoedukativ orientierten Ansätze erwiesen sich bei der Behandlung der Hypochondrie als effektiv (Buwalda, Bouman & Van Duijn, 2006, 2008), insbesondere bei weniger intensiven Verlaufsformen (z. B. Bouman, 2002; Buwalda & Bouman, 2008).

Für Patienten relevante Informationen betreffen beispielsweise die Homöostase (vgl. Abramowitz & Braddock, 2008). In unserem Körper läuft eine Vielzahl von körperlichen Prozessen ab. Beispielsweise unterliegt unsere Körpertemperatur, die durchschnittlich bei 37,5°C liegt, natürlichen Schwankungen. Äußere Temperatureinflüsse wie Kälte oder Hitze führen zu einer Regulation unserer Körpertemperatur. Dies geht mit körperlichen Empfindungen (wie z. B. Hitzegefühlen, Schwitzen, Zittern) einher. Weitere die Homöostase betreffende Prozesse beziehen sich auf die Reaktion unserer Muskulatur auf körperliche Belastung (z. B. Muskelkater), den Schlaf (z. B. Konzentrationsprobleme) oder das Herz-Kreislauf-System (z. B. Extrasystolen). Die mit der Homöostase in Zusammenhang stehenden körperlichen Empfindungen werden von Patienten häufig als Zeichen einer Krankheit fehlinterpretiert. Informationen über diese Prozesse können den Patienten helfen, eine andere, weniger krankheitsbezogene Bewertung vorzunehmen.

Weitere wichtige Informationen betreffen das vegetative Nervensystem und die Reaktion auf Stress. Der Körper reagiert

auf Stress und somit auch auf Angst mit der Bereitstellung von Energie, um die Bewältigung des Stressors durch Kämpfen oder Fliehen zu ermöglichen (Birbaumer & Schmidt, 2006). Die Stressreaktion hat also eine adaptive und funktionale Bedeutung. Sie wird vermittelt über die Aktivierung des Sympathikus, eines Teils des vegetativen Nervensystems, und führt zu körperlichen Symptomen. Häufig interpretieren Patienten durch die Stressreaktion entstandene vegetative Körpersymptome, wie z. B. die Beschleunigung des Herzschlages oder der Atmung, die Zunahme der Muskelspannung oder verstärkte Schweißsekretion, im Sinne der befürchteten Erkrankung (Hitchcock & Mathews, 1992). Diese Fehlinterpretation führt zu vermehrter Angst, was wiederum die Stressreaktion und die damit einhergehenden Symptome verstärkt. Der Therapeut sollte dem Patienten dabei helfen, einen Bezug zwischen seinen Symptomen und der Stressreaktion herzustellen und so eine weitere, nichtpathologische Erklärung für seine Symptome in Betracht zu ziehen. Beispielsweise könnte mit einem Patienten, der aufgrund von Schweißsekretion die Befürchtung hat, an AIDS erkrankt zu sein, erarbeitet werden, dass er besonders in Situationen, in denen er aufgeregt oder ängstlich ist, vermehrt schwitzt, was ein natürlicher Teil der Stressreaktion ist. Eine weitere Möglichkeit stellt Biofeedback dar. Dabei werden die Zusammenhänge zwischen der Stressreaktion und den vorliegenden Symptomen verdeutlicht, indem relevante Körperparameter im Ruhezustand bzw. nach einem kleinen Stressor gemessen und dem Patienten grafisch präsentiert werden (Nanke & Rief, 2000). Beim oben genannten Patienten könnte man z. B. die Hautleitfähigkeit vor und während einer schwierigen Rechenaufgabe miteinander vergleichen und so veranschaulichen, dass vermehrte Schweißsekretion auch durch Stress und nicht nur durch eine schwere Erkrankung entstehen kann. In einer randomisierten, kontrollierten Studie zeigten Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen nach Biofeedbackbehandlung eine deutlichere Abnahme an katastrophisierenden Interpretationen von somatischen Symptomen sowie eine höhere Akzeptanz für psychosoziale Erklärungsansätze als die Kontrollgruppe (Nanke & Rief, 2003).

Im Zusammenhang mit den Erläuterungen zur Stressreaktion können Entspannungstechniken und die allgemeine Reduktion von Stressoren als Bewältigungsstrategien vermittelt werden. Clark und Kollegen (1998) verglichen in einer randomisierten, kontrollierten Studie die Effekte von kognitiver Verhaltenstherapie und Stressmanagementtherapie, bei der die Einübung und Durchführung eines Entspannungstrainings einen zentralen Bestandteil einnahm. Beide Bedingungen waren effektiver als die Wartelistekontrollbedingung. Auch wenn sich die kognitive Therapie zunächst in hypochondriespezifischen Maßen überlegen zeigte, fanden sich ein Jahr nach der Therapie keine Unterschiede mehr zwischen kognitiver Therapie und Stressmanagement. Mit den Informationen zu Homöostase, Stress und dem vegetativen Nervensystem erhalten die Patienten alternative Erklärungsmöglichkeiten für ihre körperlichen Symptome, die es ihnen ermöglichen, sich von Fehlinterpretationen im Sinne einer schweren Erkrankung zu distanzieren.

■ Verhaltensexperimente

Verhaltensexperimente dienen der Überprüfung von Annahmen der Patienten, von denen angenommen wird, dass sie zur Aufrechterhaltung der hypochondrischen Ängste beitragen. Hierzu werden zwei alternative Hypothesen exploriert, und ihr empirischer Wahrheitsgehalt wird überprüft. Wenn Teile des Modells oder Kognitionen anhand von Verhaltensexperimenten überprüft werden sollen, ist es sinnvoll, alle Schritte des Verhaltensexperimentes (Annahme, Alternativannahme, Experiment, Ergebnis und Schlussfolgerung) zu protokollieren. Silver, Sanders, Morrison und Cowey (2004) beschreiben das Vorgehen anhand verschiedener Beispiele: Zunächst wird eine dysfunktionale Kognition erarbeitet und als überprüfbare Annahme formuliert (z. B. Annahme: „Wenn ich nicht sofort zum Arzt gehe, wird etwas übersehen, meine Symptome werden immer schlimmer, und ich werde sterben“). Eine alternative und realistischere Annahme wird der ersten entgegengesetzt (z. B. Alternativannahme: „Meine Symptome werden auch von alleine wieder abnehmen. Ich werde sehr wahrscheinlich nicht sterben“). Darauf basierend wird ein Experiment geplant, das die Überprüfung der unterschiedlichen Annahmen ermöglicht (z. B. Experiment: „Bei Auftreten eines Symptoms warte ich zwei Wochen, bevor ich einen Arzt aufsuche“). Als Ergebnis soll festgehalten werden, wie sich die Symptome über den Zeitraum von zwei Wochen verhalten (z. B. Ergebnis: „Die Symptome haben sich nicht verschlechtert und waren rückläufig“). Bei einem Rückgang der Symptome kann dies als Schlussfolgerung festgehalten werden (z. B. Schlussfolgerung: „Körperliche Symptome können auch ohne besonderen Grund auftreten und ohne irgendwelche Maßnahmen wieder rückläufig sein. Symptome sind nicht immer ein Zeichen für eine ernsthafte Krankheit“). Als weitere Schlussfolgerung sollte die die Krankheitsängste aufrechterhaltende Funktion der Arztbesuche festgehalten werden (z. B. Schlussfolgerung: „Durch die häufigen Arztbesuche traue ich meinen eigenen Einschätzungen immer weniger, werde immer unsicherer und muss immer häufiger zum Arzt gehen“).

Die gesamte kognitive Therapie der Hypochondrie kann als großes Verhaltensexperiment betrachtet werden. **In diesem wird die Annahme, dass der Patient an einer schweren Erkrankung leidet, gegen die Alternativannahme abgewogen, dass die Ängste vor Erkrankungen das Hauptproblem darstellen** (Wells, 1997). Obwohl sich Verhaltensexperimente in der kognitiven Therapie breiter Anwendung erfreuen, gibt es kaum Forschung zu ihrer Effektivität als einzelne Intervention. Empirische Untersuchungen aus anderen Bereichen, z. B. bei Panikstörung oder nichtorganischer Insomnie, stimmen jedoch optimistisch (Teismann & Ertle, 2011).

■ Veränderung von Aufmerksamkeitsprozessen und Aufmerksamkeitstraining

Da sich die Aufmerksamkeit automatisch auf für die Person relevante Stimuli richtet (Treisman, 1964), besteht bei hypochondrischen Patienten eine ausgeprägte Wachsamkeit für körperliche Vorgänge und Symptome (Olatunji, Deacon,

Abramowitz & Valentiner, 2007). Wie zuvor beschrieben, führt diese Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Körper zu einer verstärkten Wahrnehmung körperlicher Symptome und Prozesse (Haenen, Schmidt, Kroeze & van den Hout, 1996), einer selektiven Wahrnehmung vor allem der Informationen, die mit den Krankheitsbefürchtungen übereinstimmen (Hitchcock & Mathews, 1992), und tatsächlichen physiologischen Veränderungen, die die Ängste intensivieren. Die Umlenkung der Aufmerksamkeit auf externe Reize ist daher ein vielversprechender Ansatzpunkt in der Behandlung von Krankheitsängsten. Denn die Ausrichtung der Aufmerksamkeit nach außen beinhaltet die Chance, dass aufmerksamkeitsbedingte physiologische Veränderungen gar nicht erst entstehen und alltägliche körperliche Prozesse und Symptome unbemerkt bleiben, die sonst Angst auslösen könnten. Auch kann der Teufelskreis zwischen Angst und vegetativer Erregung durchbrochen werden. **Vor allem aber bietet das Konzept der Aufmerksamkeit eine weitere nichtpathologische Erklärungsmöglichkeit dafür, dass Symptome ins Bewusstsein treten, was langfristig zur Veränderung von Fehlinterpretationen und dysfunktionalen Grundannahmen führt.**

Eine Möglichkeit zur Veränderung der selektiven körperbezogenen Aufmerksamkeitsprozesse stellt das Aufmerksamkeitsstraining nach Wells (1990) dar. Hierbei soll der Patient lernen, die Aufmerksamkeit nach außen zu richten und nacheinander auf verschiedene Geräusche zu achten. Wells instruiert dazu die Patienten, sich zunächst selektiv auf ein bestimmtes Geräusch zu konzentrieren (z. B. die Stimme des Therapeuten oder eine tickende Uhr). Anschließend soll der Patient lernen, seine Aufmerksamkeit flexibel zu wechseln (Achten auf das Ticken der Uhr, danach auf Stimmen außerhalb des Raumes, dann auf das Zwitschern der Vögel usw.). Der Aufmerksamkeitswechsel soll dabei fortschreitend immer schneller erfolgen. Eine weitere Aufgabe besteht darin, die Aufmerksamkeit zu teilen und gleichzeitig verschiedene Geräusche wahrzunehmen („Hören Sie so viele Geräusche wie möglich“). Der Patient soll diese Aufmerksamkeitsübungen anfänglich täglich durchführen, um eine Veränderung der Aufmerksamkeitsausrichtung zu erzielen. Im Sinne eines Verhaltensexperiments (vgl. oben) wird festgehalten, wie sich Krankheitsängste durch die veränderte Aufmerksamkeitsausrichtung verändern. Die allgemeine Befundlage zur Wirksamkeit von Ansätzen zur Veränderung der Aufmerksamkeitsausrichtung ist noch unklar (Riccio & French, 2004), es gibt jedoch Hinweise auf positive Effekte: Das von Wells beschriebene Aufmerksamkeitsstraining konnte bei Patienten mit Hypochondrie ($N = 3$) im Rahmen von Fallstudien nachhaltig krankheitsbezogene Ängste und Kognitionen beeinflussen (Papageorgiou & Wells, 1998).

■ Reduktion von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten

Die Suche nach Rückversicherung bei Ärzten und Bezugspersonen, Selbstuntersuchungen und Vermeidung spielen, wie im Modell erläutert, bei der Aufrechterhaltung der Hypochondrie eine entscheidende Rolle (Salkovskis & Warwick, 1986; War-

wick & Salkovskis, 1985). Auch empirische Erkenntnisse legen nahe, dass die erhöht eingeschätzte Wahrscheinlichkeit einer schweren Erkrankung und die Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Prozesse Sicherheitsverhalten begünstigen (Abramowitz, Deacon & Valentiner, 2007). Studenten, die angehalten waren, eine Woche lang krankheitsbezogenes Sicherheitsverhalten in klinisch relevantem Ausmaß durchzuführen, entwickelten signifikant stärkere Krankheitsängste, hypochondrische Annahmen, Kontaminierungsängste und Vermeidungstendenzen gegenüber gesundheitsgefährdenden Aufgaben als Kontrollprobanden (Olatunji, Etzel, Tomarken, Ciesielski & Deacon, 2011). In der kognitiven Therapie wird diese aufrechterhaltende Funktion des Sicherheitsverhaltens mit dem Patienten erarbeitet, um eine Motivation zur Reduktion des Sicherheitsverhaltens aufzubauen. Um dies zu erreichen, können die kurzfristigen (z. B. Beruhigung) und langfristigen Konsequenzen von Sicherheitsverhalten gesammelt werden (z. B. Verunsicherung durch neue Informationen, Konflikte mit durch Rückversicherung überlasteten Bezugspersonen). Auch Verhaltensexperimente, in denen die Effekte der Rückversicherung geprüft werden, stellen eine wichtige Strategie zur Reduktion von Sicherheitsverhalten und Vermeidung dar. Es soll deutlich werden, dass die durch das Sicherheitsverhalten erreichte Beruhigung meist nur kurzfristig ist und die negativen Folgen, insbesondere die Aufrechterhaltung und Ausweitung der Ängste, nicht aufwiegen kann. An Rückversicherungen beteiligte Interaktionspartner wie Angehörige und vor allem Ärzte sollten in die Behandlung einbezogen werden. Besonders günstig ist es, wenn der Patient sie selbst über die negativen Folgen des Sicherheitsverhaltens aufklärt und eine gemeinsame Strategie zur Verringerung von Rückversicherungen mit dem Arzt beziehungsweise den Angehörigen gefunden werden kann. Wenn es Patienten schwerfällt, vom Sicherheitsverhalten Abstand zu nehmen, kann ein hilfreicher Zwischenschritt darin bestehen, regelhaft längere Zeitabstände bis zur Ausführung des Sicherheitsverhaltens zu vereinbaren (z. B. zehn Tage abwarten, ob ein Symptom von selbst verschwindet, bevor man zum Arzt geht). Meist bestehen dysfunktionale Kognitionen, die zur Ausführung des Sicherheitsverhaltens beitragen und deren Abbau erschweren. Solche Kognitionen können Annahmen über die Verantwortlichkeit bezüglich der eigenen Gesundheit („Wenn ich dem Arzt nicht jedes Detail erzähle, wird er mich nicht adäquat behandeln können“), allgemeine Annahmen über Gesundheit, Krankheit und den Tod („Ein gesunder Körper verursacht keine Symptome“) sowie Annahmen über die Effekte von Angst und Sorgen („Wenn ich meine Gedanken nicht kontrolliere, werde ich verrückt“) beinhalten (Silver et al., 2004). Es ist sinnvoll, diese Annahmen durch kognitive Techniken und in Verhaltensexperimenten, in denen das Sicherheitsverhalten unterlassen wird, zu bearbeiten. Abramowitz und Moore (2007) konnten zeigen, dass das Unterlassen von Sicherheitsverhalten eine langsamere Reduktion des Verlangens nach Sicherheitsverhalten und der Ängste zur Folge hat als das Ausführen von Sicherheitsverhalten. Die Autoren folgern daraus, dass Sicherheitsverhalten einen unnatürlich schnellen Abfall von Angst bewirkt, was eine natürliche Löschung der Ängste verhindert.

■ Sokratischer Dialog

Viele dysfunktionale Kognitionen und Annahmen lassen sich erlebnisnah mit Hilfe der beschriebenen Verhaltensexperimente entkräften. Einige Annahmen sind jedoch nicht derart operationalisierbar, dass sie direkt überprüft werden können. Diese Annahmen können beispielsweise ein langes Zeitfenster („Weil ich in meiner Jugend geraucht habe, werde ich irgendwann in meinem Leben an Krebs erkranken“) oder metaphysische Aspekte beinhalten („Gott wird mein früheres Fehlverhalten mit einer Krankheit bestrafen“). Mit dem sokratischen Dialog können solche Annahmen durch das Bewusstmachen von logischen Fehlschlüssen oder das Aufzeigen von Überschätzungen von Wahrscheinlichkeiten hinterfragt werden. Für die Hypochondrie charakteristische dysfunktionale kognitive Prozesse sind Katastrophisieren („Unklare körperliche Symptome sind immer Zeichen für eine schwere Erkrankung“), Schwarz-Weiß-Denken („Gesundheit bedeutet absolute Symptomfreiheit“) und die Überschätzung der Wahrscheinlichkeit von Krankheiten (Marcus et al., 2007). Das sokratische Vorgehen wird von verschiedenen Autoren beschrieben (Abramowitz & Braddock, 2008, Bleichhardt & Weck, 2010; Hiller & Rief, 1998; Taylor & Asmundson, 2004; Warwick & Salkovskis, 2001; Wells, 1997). Zur Disputation der Krankheitsüberzeugung werden im ersten Schritt ausführlich Argumente gesammelt, die dafür sprechen, dass die befürchtete Erkrankung tatsächlich vorliegen könnte. Auch dem Patienten peinlich oder irrational erscheinende Argumente sollten mit aufgenommen werden, da nur zuvor explizierte Argumente kognitiv bearbeitet werden können und eine erschöpfende Aufstellung der krankheitskonformen Argumente den nachfolgenden Perspektivwechsel zur psychophysiologischen Sichtweise erleichtert. Der Patient soll einschätzen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der befürchteten Erkrankung ist. Anschließend erfolgt, aufbauend auf den in anderen Interventionen erarbeiteten alternativen Erklärungsmöglichkeiten, die Suche nach möglichst vielen nichtpathologischen Erklärungen für die Krankheitsüberzeugungen. Wenn ein Argument für die Krankheit z. B. ist, dass der Großvater des Patienten auch an Lungenkrebs gestorben ist, könnten Unterschiede zwischen dem Großvater und dem Patienten herausgearbeitet werden. Solche wären beispielsweise, dass der Großvater schon 80 Jahre alt war, der Patient aber noch jung ist, der Großvater starker Raucher war, wohingegen der Patient das Rauchen schon lange aufgegeben hat und Untersuchungen beim Großvater einen pathologischen Befund ergeben haben, was beim Patienten nicht der Fall ist. So soll der Patient einen größeren Interpretationsspielraum erlangen, der es ihm ermöglicht, sich von den pathologischen Erklärungen zu distanzieren. Durch geleitetes Entdecken werden logische Fehlschlüsse in der somatischen Argumentation aufgezeigt, und das Streben nach absoluter Sicherheit bezüglich der eigenen Gesundheit wird in Frage gestellt. Es ist sinnvoll, aus dem sokratischen Dialog einen Katalog von Fragen („Wie kommen Sie darauf?“, „Was würden Sie sagen, wenn ein anderer so denkt?“) zusammenzustellen, mit dem der Patient später auch eigenständig Annahmen disputieren kann. Alle Argumente, die gegen die Erkrankung sprechen, werden protokolliert

und in einer oder mehreren Umdeutungen resümiert („Im Urlaub gehen die Kopfschmerzen immer weg, und die Ärzte finden nichts, es kann kein Hirntumor sein.“). Verschiedene Strategien zur Integration der neuen Sichtweisen in den Alltag, wie beispielsweise das Aufstellen von Hinweisreizen zur Vergegenwärtigung der Umdeutungen, werden erarbeitet (z. B. einen farbigen Chip ins Portemonnaie legen, der den Patienten jedes Mal beim Zahlen an den Alternativsatz erinnert). Nach jeder Disputation soll der Patient einschätzen, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Krankheitsüberzeugung zutrifft. **Durch die Strategien zur Integration der Umdeutungen in den Alltag, wiederholte Disputationen und weitere Verhaltensexperimente werden die neuen Sichtweisen gefestigt.**

■ Umgang mit aufdringlichen Vorstellungsbildern: Imagery Rescripting

Die meisten Patienten mit Hypochondrie berichten auf Nachfrage intrusive Bilder, die sie durch Vermeidung und Sicherheitsverhalten zu bekämpfen versuchen (Muse, McManus, Hackmann, Williams & Williams, 2010). Solche Bilder sind häufig mit Erinnerungen an belastende Schlüsselsituationen verknüpft oder beziehen sich auf gefürchtete Situationen, z. B. die Mitteilung einer lebensbedrohlichen Diagnose durch den Arzt, das Leiden oder Versterben an einer schweren Krankheit, den Tod oder die Belastung nahestehender Personen durch diese Situationen (Muse et al., 2010). Da auch Fehlinterpretationen oft bildhaft repräsentiert und für Patienten nur schwer zu verbalisieren sind, sind sie über verbale Verfahren häufig nicht zugänglich (Wells, 1997). Imagery Rescripting ist eine vielversprechende Strategie im Umgang mit intrusiven Bildern. Eine Beschreibung des Vorgehens findet sich bei Hackmann, Bennett-Levy und Holmes (2011).

Bei dieser Strategie werden zunächst die den Patienten belastenden Vorstellungsbilder identifiziert. Leidet der Patient z.B. unter der Vorstellung, wie er sofort nach Erhalt einer Hautkrebsdiagnose unter starken Schmerzen hilflos ans Bett gefesselt ist, kann der Therapeut dem Patienten durch weitere Exploration helfen, das Bild zu aktivieren, um es der Bearbeitung zugänglich zu machen („Stellen Sie sich vor, nach der nächsten Untersuchung teilt Ihnen der Arzt mit, dass Sie die befürchtete Erkrankung wirklich haben. Wie würden Sie sich fühlen? Was passiert dann in Ihrer Vorstellung? Wie genau stellen Sie sich das vor?“). Der Patient soll die mit dem Bild verbundenen Wahrnehmungen („Was sehen Sie? Gibt es ein bestimmtes Geräusch oder einen Geruch, der damit verbunden ist?“), seine Gefühle, Körperreaktionen, seine Gedanken und sein Verhalten genau beschreiben. Im nächsten Schritt werden die mit dem Bild verbundenen Bewertungen erfasst („Was bedeutet das für Sie? Welche Auswirkungen würde das haben?“) und die verzerrten Bewertungen werden mit dem Patienten explizit gemacht („Sobald ich die Diagnose Hautkrebs erhalten habe, werde ich völlig hilflos sein, mein Leben wird mit einem Schlag vorbei sein, und ich werde unter furchtbaren Schmerzen sterben“). Durch gemeinsames Hinterfragen des Realitätsbezugs der Bewertungen, beispielsweise mittels sokratischer Techniken, wird die Wahrscheinlichkeit

des Eintretens der belastenden Vorstellungen in Frage gestellt und ein alternativer Ausgang generiert. Mit oben genanntem Patienten könnte man beispielsweise erarbeiten, dass es wahrscheinlicher ist, dass die Erkrankung zu behandeln wäre und er auch während der Behandlung sein Leben aktiv gestalten könnte. Alternativ könnte er sich vorstellen, wie er nach der operativen Entfernung des Hautkrebses mit seiner Familie ins Wochenende fährt. Dieser alternative Ausgang wird möglichst sinnesnah elaboriert und mit Hilfe von angeleiteter Imagination in der Vorstellung ausgemalt („Sie sitzen hinterm Steuer auf dem Weg an die Nordsee und können Ihre Kinder auf dem Rücksitz lachen hören. Der CD-Spieler spielt Ihre Lieblingsmusik, Ihre Frau singt mit. Sie spüren noch ein kleines Pieken an der OP-Naht auf Ihrem Arm. Daneben fühlen Sie die angenehme Wärme der Sonne auf Ihrer Haut. Sie freuen sich auf den salzigen Geruch der Nordsee ...“).

Aufgrund des engen Bezugs zwischen Gefühlen und inneren Bildern wird dem Imagery Rescripting ein stärkerer Einfluss auf emotionales Geschehen zugeschrieben als rein verbalen Verfahren (Holmes & Mathews, 2010). Auch die Erkenntnis, dass die Zugänglichkeit innerer krankheitsassoziiierter Bilder die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen erhöht (Sherman, Cialdini, Schwartzman & Reynolds, 1985), spricht dafür, dass eine Veränderung intrusiver Bilder mit einer Veränderung der Bewertungen einhergeht und so effektiv in der Behandlung von Krankheitsängsten einsetzbar ist. Derzeit liegen keine empirischen Ergebnisse zur Verwendung von Imagery Rescripting bei Hypochondrie vor, erste Befunde zum Einsatz der Technik bei anderen Störungsbildern wie Angststörungen oder affektiven Störungen sind jedoch vielversprechend (Holmes, Arntz & Smucker, 2007).

■ Schlussfolgerung und Ausblick

Die Hypochondrie wird charakterisiert durch eine unverhältnismäßig intensive Beschäftigung mit der Angst oder Überzeugung, an einer schweren Erkrankung zu leiden. Damit weist sie bedeutsame Gemeinsamkeiten mit den Angststörungen auf. **Aus kognitiver Perspektive entstehen hypochondrische Ängste vor allem durch die Fehlbewertung körperlicher Symptome und Merkmale als krankheitsbedingt.** Diese Bewertungen bilden den Ansatzpunkt für kognitive Interventionen, in denen der Fokus darauf liegt, die organmedizinische Sicht der Patienten zu hinterfragen und ein psychophysiologisches Erklärungsmodell herzuleiten.

In mehreren randomisierten, kontrollierten Studien konnte die Effektivität der kognitiven Therapie der Hypochondrie empirisch bestätigt werden (Barsky & Ahern, 2004; Clark et al., 1998; Greeven et al., 2007; Martínez & Botella, 2005; Sørensen, Birket-Smith, Wattar, Buemann & Salkovskis, 2010; Visser & Bouman, 2001; Warwick, Clark, Cobb & Salkovskis, 1996). Neben dem kognitiven Ansatz erwiesen sich auch Expositionstherapie und Stressmanagementtherapie als wirksame Behandlungsansätze (Thomson & Page, 2007). In einer randomisierten kontrollierten Studie zeigte sich auch eine internet-basierte Form der kognitiv-behavioralen Therapie als effektiv (Hedman et al., 2011). Kürzlich wurde

die psychodynamische Kurzzeittherapie im Vergleich mit kognitiv-behavioraler Therapie evaluiert (Sørensen et al., 2010). Während die kognitiv-behaviorale Behandlung im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung der Symptomatik verzeichnete, konnten keine spezifischen Effekte der psychodynamischen Kurzzeittherapie gefunden werden. Da es bisher nur wenige Studien gibt, die verschiedene Behandlungsansätze miteinander vergleichen, und diese meist auch keine bedeutsamen Unterschiede zwischen verschiedenen Verfahren finden konnten, ist es momentan nicht möglich, Aussagen zur differentiellen Wirksamkeit verschiedener Behandlungsansätze zu machen (Thomson & Page, 2007). Auch fehlt es an empirischen Erkenntnissen zu differentiellen Indikationen bei unterschiedlichen klinischen Erscheinungsbildern der Hypochondrie. Barsky (2010) postuliert beispielsweise zwei Subtypen von hypochondrischen Patienten. Er geht davon aus, dass Patienten mit ausgeprägten somatischen Symptomen, hartnäckigen Krankheitsüberzeugungen, einer starken Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems und einem rein organmedizinischen Problemverständnis besonders von kognitiv-behavioralen Ansätzen profitieren könnten. Patienten hingegen, die weniger Symptome und weniger verfestigte Krankheitsüberzeugungen aufweisen, bei denen vor allem Ängste im Vordergrund stehen und die psychologische Sichtweisen in Betracht ziehen, könnten nach Barsky eventuell stärkeren Nutzen aus pharmakologischer Behandlung und von anderen Angststörungen adaptierten Behandlungen ziehen. Bisher wurden diese Annahmen jedoch noch nicht durch entsprechende Studien bestätigt. Obwohl in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte in der Entwicklung empirisch fundierter Behandlungsansätze gemacht wurden, bleiben viele Aspekte ungeklärt. Künftige Forschungsarbeiten könnten nicht nur die unterschiedliche Wirksamkeit von Behandlungsansätzen, sondern auch die Effektivität einzelner Interventionsbausteine (z. B. Imagery Rescripting) in den Fokus nehmen, um ein besseres Verständnis der dahinterstehenden wirksamen Prozesse zu ermöglichen (Looper & Kirmayer, 2002). Methodische Verbesserungen in der Planung von Studien, wie z. B. größere Stichproben, aufschlussreiche Kontrollbedingungen oder die Nutzung eines validierten Hauptergebnismaßes, sollten dabei nicht außer Acht gelassen werden (Thomson & Page, 2007). Auch die empirisch geleitete Ableitung von differentiellen Indikationen für verschiedene klinische Erscheinungsbilder der Hypochondrie ist ein vielversprechender Ansatzpunkt zur Verbesserung unseres Verständnisses und der Behandlung der Hypochondrie.

■ Literatur

- Abramowitz, J.S. & Braddock, A.E. (2008). Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychological approach. Washington: Hogrefe.
- Abramowitz, J.S., Deacon, B.J. & Valentiner, D.P. (2007). The short health anxiety inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 871-883.
- Abramowitz, J.S. & Moore, E.L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 413-424.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision (4th ed.). Washington, DC: A.P.A.
- American Psychiatric Association (2011). Justification of Criteria – Somatic Symptoms DRAFT 4/18/11. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic/Somatic%20Symptom%20Disorders%20description%20April%2018,%202011.pdf>
- Barsky, A. (2010). Cognitive behavioral therapy in hypochondriasis: What works and for whom [meeting abstract]. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 607-608.
- Barsky, A.J. & Ahern, D.K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 1464-1470.
- Barsky, A.J., Barnett, M.C. & Cleary, P.D. (1994). Hypochondriasis and panic disorder - boundary and overlap. *Archives of General Psychiatry*, 51, 918-925.
- Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C. & Cleary, P.D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 397-401.
- Beck, A.T. (1978). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Berrios, G.E. (2001). Hypochondriasis: History of the concept. In V. Starcevic & D.R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis*. New York: Oxford University Press.
- Bianchi, G.N. (1971). The origins of disease phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 241-257.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (2006). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.
- Bleichhardt, G. & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12, 511-523.
- Bleichhardt, G. & Weck, F. (2010). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bouman, T.K. (2002). A community-based psychoeducational group approach to hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 326-332.
- Buwalda, F.M. & Bouman, T.K. (2008). Predicting the effect of psychoeducational group treatment for hypochondriasis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 369-403.
- Buwalda, F.M., Bouman, T.K. & Van Duijn, M.A.J. (2006). Psychoeducation for hypochondriasis: A comparison of a cognitive-behavioural approach and a problem-solving approach. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 887-899.
- Buwalda, F.M., Bouman, T.K. & Van Duijn, M.A.J. (2008). The effect of a psychoeducational course on hypochondriacal metacognition. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 689-701.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H.C. & Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Fava, G.A., Fabbri, S., Sirri, L. & Wise, T.N. (2007). Psychological factors affecting medical condition: A new proposal for DSM-V. *Psychosomatics*, 48, 103-111.
- Greeven, A., van Balkom, A.J.L.M., Visser, S., Merkelbach, J.W., van Rood, Y.R., van Dyck, R., Van der Does, A.J.W., Zitman, F.G. & Spinhoven, P. (2007). Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 91-99.

- Hackmann, A., Bennett-Levy, J. & Holmes, E.A. (2011). *The Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Haenen, M.A., Schmidt, A.J.M., Kroeze, S. & van den Hout, M.A. (1996). Hypochondriasis and symptom reporting – the effect of attention versus distraction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 43-48.
- Hahn, S.R., Thompson, K.S., Willis, T.A., Stern, V. & Budner, N.S. (1994). The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 647-657.
- Hedman, E., Andersson, G., Andersson, E., Ljótsson, B., Rück, C., Asmundson, G.J.G. & Lindfors, N. (2011). Internet-based cognitive behavioural therapy for severe health anxiety: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198, 230-236.
- Hiller, W. & Rief, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W. & Bleichhardt, G. (2008). Störungsspezifische Beziehungsgestaltung: Somatoforme Störungen. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 2). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hitchcock, P.B. & Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 223-234.
- Holmes, E.A., Arntz, A. & Smucker, M.R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Holmes, E.A. & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Kenyon, F.E. (1964). Hypochondriasis: A clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 110, 478-488.
- Lieb, R., Zimmermann, P., Friis, R.H., Höfler, M., Tholen, S. & Wittchen, H.U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 17, 321-331.
- Looper, K.J. & Kirmayer, L.J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577-584.
- Looper, K.J., Kirmayer, L.J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 810-827.
- Marcus, D.K., Gurley, J.R., Marchi, M.M. & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 127-139.
- Martin, A. & Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 68, 770-777.
- Martínez, M.P., Botella, C. (2005). An exploratory study of the efficacy of a cognitive-behavioral treatment for hypochondriasis using different measures of change. *Psychotherapy Research*, 15, 392-408.
- Morris, J.G. & Donohoe, M. (2004). The history of hysteria. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Medical Society*, 67, 40-43.
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M. & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 792-798.
- Nanke, A. & Rief, W. (2000). Biofeedback-Therapie bei somatoformen Störungen. *Verhaltenstherapie*, 10, 238-248.
- Nanke, A. & Rief, W. (2003). Biofeedback-based interventions in somatoform disorders: A randomized controlled trial. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 249-256.
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 8-17.
- Noyes, R. (2001). Epidemiology of hypochondriasis. In V. Starcevic & D.R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis*. New York: Oxford University Press.
- Noyes, R. (2011). The transformation of hypochondriasis in British medicine, 1680-1830. *Social History of Medicine*, 24, 281-298.
- Noyes, R., Carney, C.P., Hillis, S.L., Jones, L.E. & Langbehn, D.R. (2005). Prevalence and correlates of illness worry in the general population. *Psychosomatics*, 46, 529-539.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D.R., Happel, R.L., Longley, S.L. & Yagla, S.J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
- Noyes, R., Stuart, S.P., Watson, D.B. & Langbehn, D.R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: A review of the existing literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 270-281.
- Olatunji, B.O., Deacon, B.J. & Abramowitz, J.S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? *British Journal of Psychiatry*, 194, 481-482.
- Olatunji, B.O., Deacon, B.J., Abramowitz, J.S. & Valentiner, D.P. (2007). Body vigilance in nonclinical and anxiety disorder samples: Structure, correlates, and prediction of health concerns. *Behavior Therapy*, 38, 392-401.
- Olatunji, B.O., Etzel, E.N., Tomarken, A.J., Ciesielski, B.G. & Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 719-728.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- Riccio, C.A. & French, C.L. (2004). The status of empirical support for treatments of attention deficits. *Clinical Neuropsychology*, 18, 528-558.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587-595.
- Salkovskis, P.M. & Clark, D.M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Salkovskis, P.M. & Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
- Salkovskis, P.M. & Warwick, H.M.C. (2001). Meaning, misinterpretations and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic & D.R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis*. New York: Oxford University Press.
- Sherman, S.J., Cialdini, R.B., Schwartzman, D.F. & Reynolds, K.D. (1985). Imagining can heighten or lower the perceived likelihood of contracting a disease: The mediating effect of ease of imagery. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 118-127.
- Silver, A., Sanders, D., Morrison, N. & Cowey, C. (2004). Health anxiety. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmidt A.J.M. (1994). Bottonlecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 306-317.
- Smeets, G., de Jong, P.J. & Mayer, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a braintumour: Domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 763-776.

- Sørensen, P., Birket-Smith, M., Wattar, U., Buemann, I. & Salkovskis, P. (2010). A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 41, 431-441.
- Starcevic, V. (2001). Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. In V. Starcevic & D.R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis*. New York: Oxford University Press.
- Taylor, S. & Asmundson, G.J.G. (2004). *Treating health anxiety*. New York: Guilford Press.
- Teismann, T. & Ertle, A. (2011). Verhaltensexperimente in der kognitiven Therapie. *Verhaltenstherapie*, 21, 117-124.
- Thomson, A. & Page, L. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No. CD006520. DOI 10.1002/14651858.CD006520.pub2
- Treisman, A.M. (1964). Selective attention in men. *British Medical Bulletin*, 20, 12-16.
- Visser, S. & Bouman, T.K. (2001). The treatment of hypochondriasis: Exposure plus response prevention vs. cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 423-442.
- Wahl, C.W. (1963). Unconscious factors in the psychodynamics of the hypochondriacal patient. *Psychosomatics*, 4, 9-14.
- Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M. & Salkovskis, P.M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. (1985). Reassurance. *British Medical Journal*, 290, 1028.
- Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. In V. Starcevic & D.R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis*. New York: Oxford University Press.
- Weck, F., Bleichhardt, G. & Hiller, W. (2009). Stellen Erfahrungen mit Krankheiten einen spezifischen Risikofaktor für Krankheitsängste dar? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, 89-99.
- Weck, F., Harms, G., Neng, J.M.B. & Stangier, U. (2011). Hypochondrische Merkmale bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz: Prävalenz und prädisponierende Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 124-132.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.

■ **Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Psych. Julia Neng
Goethe-Universität Frankfurt
Abteilung Klinische Psychologie & Psychotherapie
Varrentrappstr. 40-42 | 60486 Frankfurt am Main
Tel.: 069 - 798-23994 | Fax: 069 - 798-28110
neng@psych.uni-frankfurt.de