

Hypochondrie & Krankheitsängste

Workshop auf den Kölner Therapietagen

1.11.2010

Dr. Gaby Bleichhardt

Psychotherapie-Ambulanz Marburg

AG Klinische Psychologie & Psychotherapie

Philipps-Universität

bleichha@staff.uni-marburg.de

„Hypochonder“

Klischees & Laienvorstellungen

„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

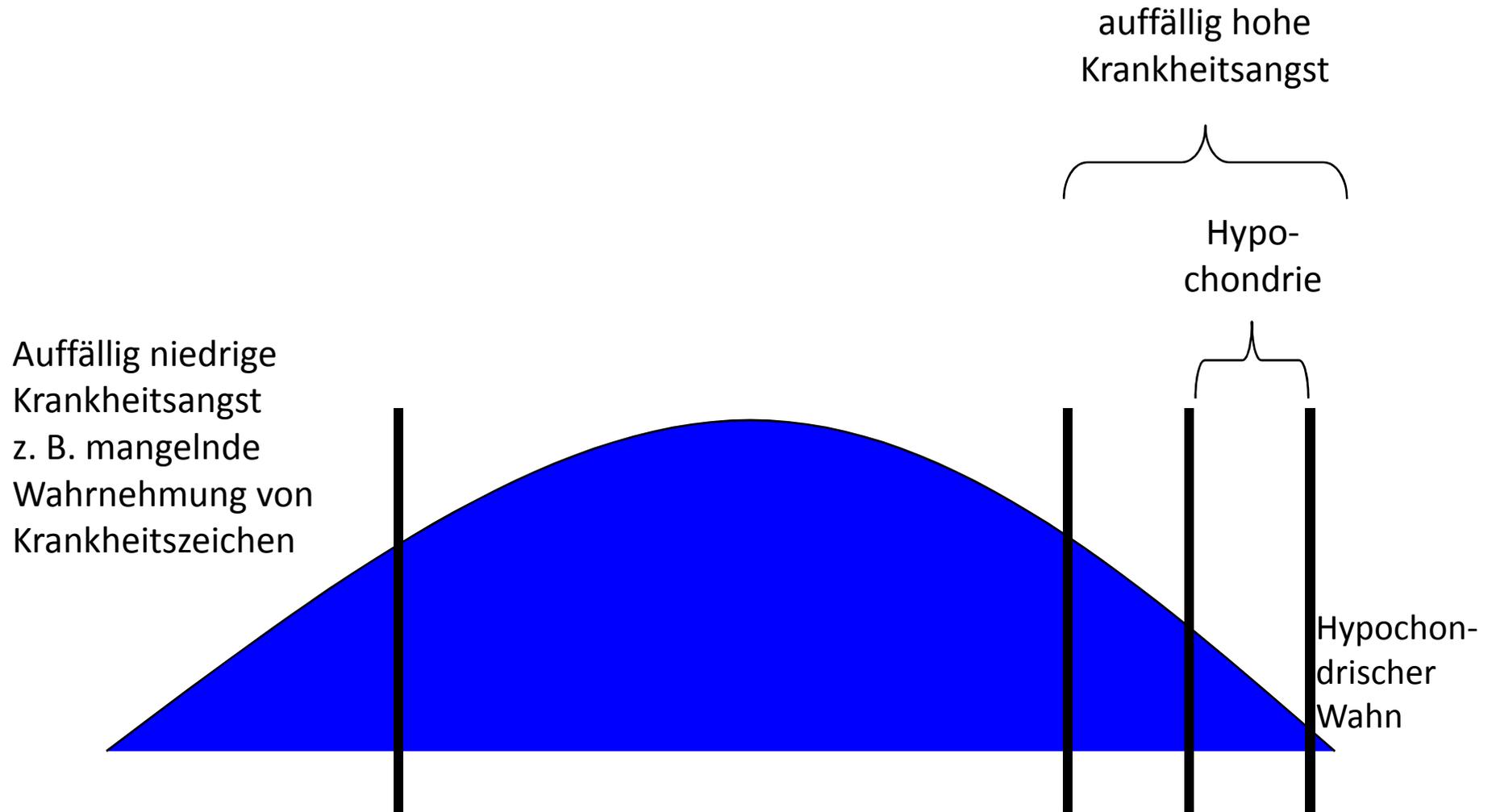
Literaturempfehlungen

- Rief, W. & Hiller, W. (2010). Somatisierungsstörung und medizinisch unklare körperliche Symptome Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Bleichhardt, G. & Weck, F. (2010). Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Bleichhardt, G. & Martin, A. (2010). Hypochondrie und Krankheitsangst. Fortschritte der Psychotherapie, Band 41. Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, S. & Asmundson, G. J. G. (2004). Treating Health Anxiety. New York: Guilford Press.
- Abramowitz, J. S. & Braddock, A. E. (2008). Psychological Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis. Göttingen: Hogrefe.
- Furer, P., Stein, M. B., & Walker, J. (2007). Treating Health Anxiety and Fear of Death.

Ratgeber u.ä.

- Rauh, E. & Rief, W. (2006). Ratgeber somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste. Göttingen: Hogrefe.
- Lieb, H. & von Pein, A. (2001). Der kranke Gesunde. Stuttgart: Trias.
- Kaufs, E. L. (2006). Ich habe Angst vor Krankheiten. Erfahrungen eines Hypochonders. Worms: Tribut Verlag.

Kontinuummodell der Krankheitsangst



Aus: Bleichhardt & Weck, 2010

Welche Krankheiten befürchten Hypochondrie-Patienten?

Krebs (allgemein 3; insg. 50)

Hirntumor 7
Lungen 5
Magen 5
Brust 5
Darm 4
Haut 4
Kehlkopf 3
Lymphdrüsen 3
Blut 2
Schilddrüsen 2
Knochen 2
Prostata
Nebenhöhlen
Hoden
Speiseröhren
Blasen

Herzerkrankung (allgemein 6)

Lungenembolie
Aortenklappeninsuffizienz

MS 6

ALS 2

HIV

Tollwut

Blutvergiftung

Nierenerkrankung

N=61 Pat. mit DSM-IV Hypochondrie; eigene Daten (Bleichhardt & Hiller)

Somatoforme Störungen

Leitsymptom:
unklare körperliche Beschwerden

Multiple Beschwerden. Chronifiziert	Somatisierungsstörung DSM-IV 300.81
„pseudoneurologische Symptome“	Konversionsstörung DSM-IV 300.11
Schmerzsymptome	Schmerzstörung DSM-IV 307.8
Restkategorie - Mind. 1 Beschwerde über ½ Jahr	Undiff. Somatoforme Störung DSM-IV 300.81

Leitsymptom:
Angst /
Befürchtung, unter
einer ernsthaften
Krankheit zu
leiden

Hypochondrie DSM-IV 300.7

Kriterien nach DSM-IV

- A. Übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, was auf einer Fehlinterpretation körperlicher Symptome durch die betroffene Person beruht.
- B. Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten bleibt trotz angemessener medizinischer Abklärung und Rückversicherung durch den Arzt bestehen.
- C. Die Überzeugung ist nicht von wahnhaftem Ausmaß und ist nicht auf eine Sorge über die äußere Erscheinung beschränkt.
- D. Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in Funktionsbereichen.
- E. Die Dauer der Störung beträgt mindestens sechs Monate.
- F. Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten kann nicht besser durch eine GAS, Zwangsstörung, Panikstörung, Major Depression, Störung mit Trennungsangst oder durch eine andere somatoforme Störung erklärt werden.

Differentialdiagnostik bzw. abzugrenzende Begriffe 1/2

hypochondrischer Wahn	durchgehend hundertprozentige Überzeugung Rückversicherung „wirkt“ nicht
Zwangsstörung / Waschzwang	Angst, dass man Krankheit <u>bekommen</u> könnte
Krankheitsphobie	Angst, dass man Krankheit <u>bekommen</u> könnte
Panikstörung	Angst vor einem akuten körperlichen Zustand (z. G. Herzinfarkt, Herzversagen, Schlaganfall), nicht vor einer Krankheit

Differentialdiagnostik bzw. abzugrenzende Begriffe 2/2

Andere somatoforme Störung	Leiden unter körperlichen Beschwerden steht im Vordergrund Arztbesuche, um Diagnose zu erhalten
Generalisierte Angststörung	Krankheitssorgen sind nur eines von mehreren Sorgenthemen, nicht das Hauptthema
körperliche Erkrankung	bisher keine ausreichende medizinische Diagnostik
Progredienzangst	befürchtete Krankheit liegt /lag tatsächlich vor

Whiteley-Index

(Pilowsky, 1967; Hiller & Rief, 2003)

14 dichotome Items, 3 Skalen, einfache Auswertung:

7: Verdacht auf

> 7: „Hypochondrie“

Illness Attitude Scales – IAS

(Kellner, 1987; Hiller & Rief, 2003)

27 Items, 5-stufige Antworten, 2 Zusatzfragen

Analysen der Skalenstruktur finden 2 – 3 Unterskalen

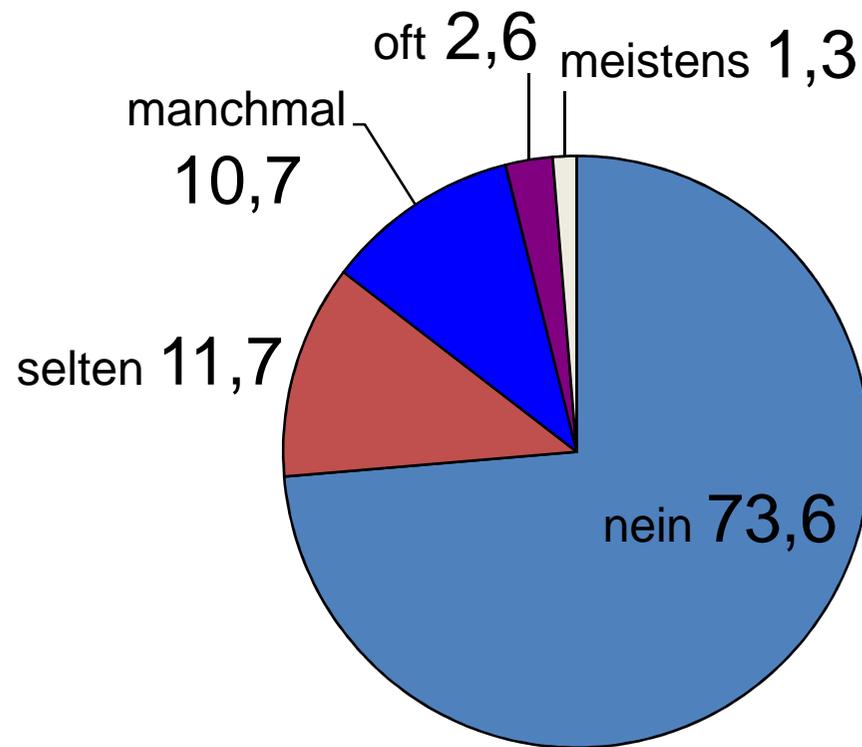
„Health Anxiety“ & „Illness Behavior“

Prävalenzstudien

- Looper and Kirmayer (2001), Kanada, Allgemeinbevölkerung: 1/533 Person (0.2%), nach DSM-IV und ICD-10
- Faravelli et al. (1997), Italien, Allgemeinarztinterviews: 30/673 (4.5%)
- Gureje et al. (1997), 14 Länder, Allgemeinarztpatienten, N = 5447, 0.8% nach ICD-10
- Martin & Jacobi (2006). Bundes-Gesundheitssurvey, Deutschland, 0.05% nach DSM-IV, 2.1% subklinische Krankheitsangst
- Bleichhardt & Hiller (2007): 0.4% nach DSM-IV; 6% subklinische Krankheitsangst

zu wenige Studien, um zuverlässige Aussagen zuzulassen!

Repräsentative Befragung in Deutschland:
*„Glauben Sie, dass Sie eine Krankheit haben, die
die Ärzte aber nicht richtig diagnostiziert haben?“*



N = 1573

Weitere epidemiologische Befunde

Geschlechterverhältnis: in etwa gleich!

Komorbidity: Depression ca. 50%; Angststörungen ca. 33%

Stabilität: Barsky et al., 1998: 64% von 120 Hypochondrie-Pat. hatten die Störung nach 4-5 Jahren immer noch!

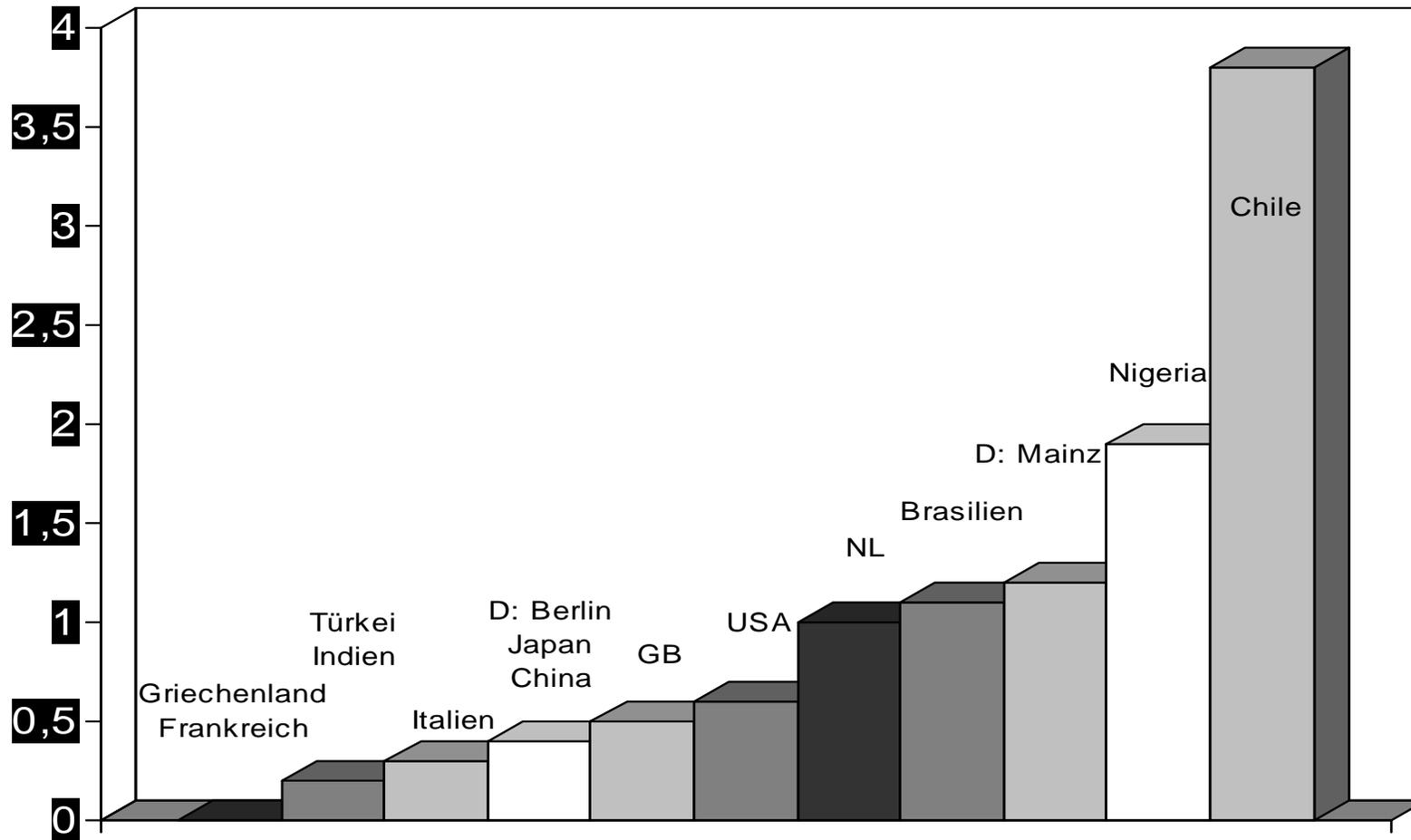
Ersterkrankungsalter: Bleichhardt & Weck, 2010: 26 Jahre (Median 25 Jahre), 28% der Pat. hatten Hypochondrie bereits vor dem 18. Lj., 18% bereits vor dem 14. Lj.

Chronizität: Bleichhardt & Weck: M=11 Jahre vor Behandlungsbeginn (Median 8 Jahre), nur 17% hatten Hypochondrie kürzer als 2 Jahre

Internationale Prävalenz

Gureje et al., 1997

1-Jahres Prävalenz
%



Arztbesuche

- Stationäre Psychosomatik-Pat. mit multiplen unklaren Beschwerden waren im vergangenen Jahr 41 mal bei Ärzten (Bleichhardt, Timmer & Rief, 2004)
- Ambulante Psychotherapie-Patienten mit hoher Krankheitsangst waren im vergangenen Jahr 24 mal bei Ärzten (Bleichhardt & Hiller, 2005)
- Pat. mit Primärdiagnose Hypochondrie: 30 Tagen vor Behandlungsbeginn: 2,18 Arztbesuche (Bleichhardt & Weck, 2007)

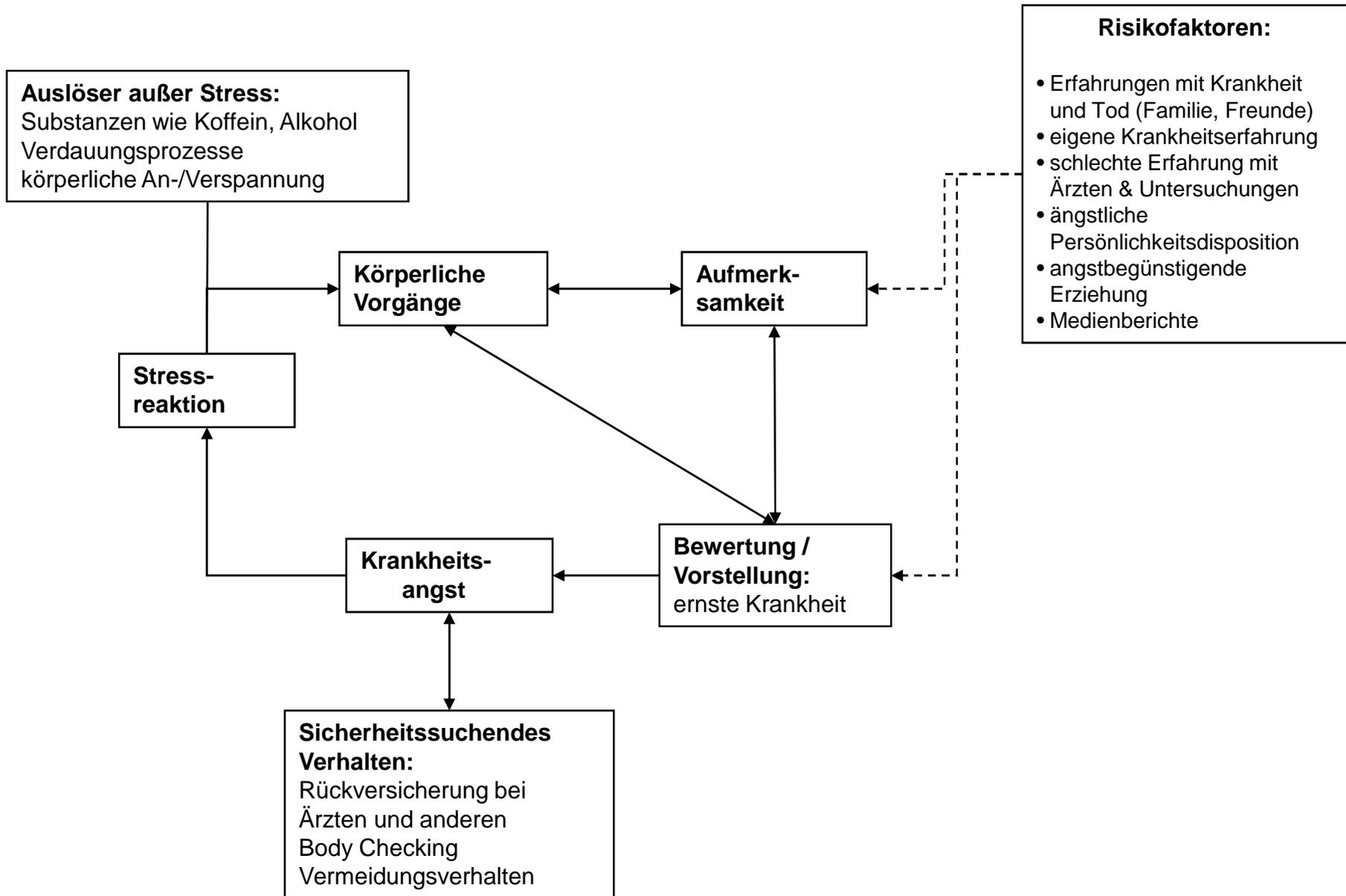
Somatosensorische Verstärkung

somatosensory amplification

Arthur Barsky 1979; 1992

- Neigung, körperliche Empfindungen als intensiv, schädlich und beeinträchtigend zu erleben
- unangenehme Empfindungen besonders zu beachten, Hypervigilanz
- sie eher als pathologisch denn als normal anzusehen

Erklärungsmodell der Krankheitsangst (Bleichhardt & Weck, 2010)



Psychotherapie

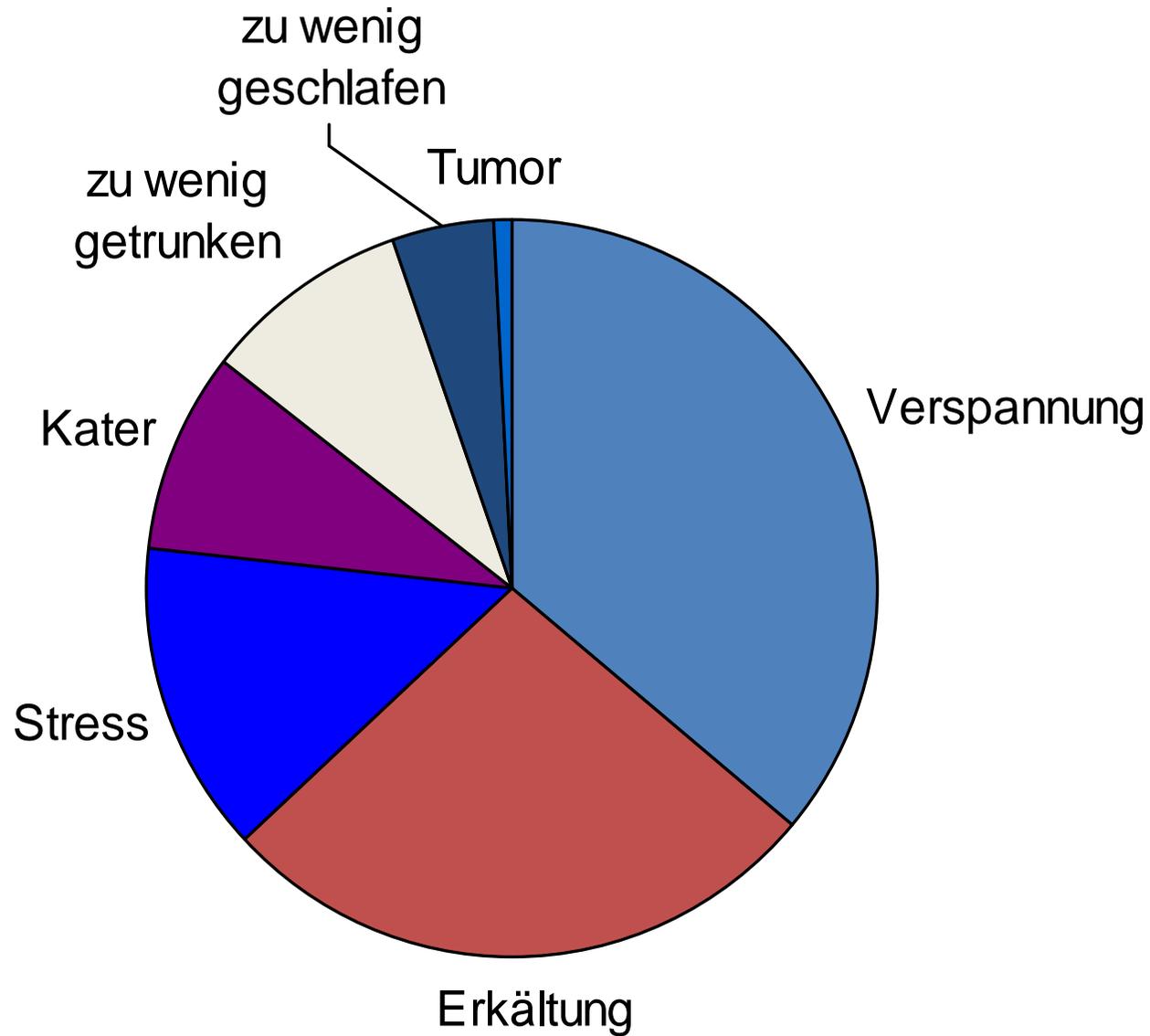
Manual (Bleichhardt & Weck, 2010)

Gruppensitzung	Einzel-sitzung
1. Der Einstieg	
2. Der Aufmerksamkeitsscheinwerfer	
3. Der Einfluss von Bewertung und Stress	E1: Argumente für die Krankheit
4. Veränderung von Bewertungen	E2: Argumente gegen die Krankheit
5. Sicherheitssuchendes Verhalten, Body Checking	E3: Body Checking reduzieren
6. Rückversicherungsverhalten	E4: Worst-Case Konfrontation in sensu
7. Vermeidung	E5: Exposition in vivo
8. Zusammenfassung, Rückfallprophylaxe	E6: Individueller Abschluss
9. Booster Sitzung (3 Monate später)	

Der Begriff Hypochondrie

- „Viele Menschen verwenden für Krankheitsangst den Begriff Hypochondrie.“
- „Dieses Wort ist für die meisten Patienten mit Krankheitsangst unangenehm, weil es von ganz vielen Menschen falsch verstanden wird oder man damit Dinge verknüpft, die meistens nicht stimmen. Kennen Sie solche Vorurteile?“
- „Wenn man aber genau bleibt, dann ist das Wort Hypochondrie eigentlich nichts davon: Es wurde etwa im 4. Jahrhundert v. Chr. vom Wort „hippochondrium“ abgeleitet. Hippochondrium ist der obere Bereich des Bauches, etwa dort, wo sich die Organe Leber, Galle und Milz befinden.“
- „Wenn man heute in medizinische oder psychologische Bücher schaut, die Hypochondrie definieren, dann steht dort in etwa „Angst oder Überzeugung, eine ernste Krankheit zu haben, die seit mindestens einem halben Jahr besteht.“. Das meint nichts anderes als das, was wir hier als Krankheitsangst bezeichnen.“

„Kopfschmerzkuchen“



Ursachen für eigene Beschwerden sammeln

Körperliches Symptom	Mögliche Bewertung
 _____	Krankheitsbezogene Bewertung:  _____ Alternative Bewertungen:  _____  _____  _____

Argumente für Krankheit

Arbeitsblatt: Argumente für die Krankheit

- ❶ Welche Krankheit beunruhigt Sie am stärksten?

Ich habe Angst, _____ zu haben.

- ❷ Wie stark sind Sie davon überzeugt die oben genannte Krankheit zu haben?

(0-100%) %

- ❸ Schreiben Sie alle Gründe auf, die **dafür** sprechen, dass Sie die Krankheit haben könnten!

Dies können Körperempfindungen, aber auch andere Argumente sein. Notieren Sie auch Gründe, die Sie eigentlich unsinnig finden, Ihnen aber manchmal durch den Kopf gehen!

✚ _____

✚ _____

✚ _____

✚ _____

Was spricht gegen Krankheit?

1. Was spricht **dafür**, dass Sie die befürchtete Krankheit nicht haben?



2. Wie stark sind Sie jetzt überzeugt, die befürchtete Krankheit zu haben (0-100%)?

3. Formulieren Sie einen **Alternativ-Satz**, den Sie der Krankheitsannahme entgegensetzen können!

Verminderung sicherheitssuchenden Verhaltens

Body Checking

Suche nach Rückversicherung

(bei Arzt, Therapeut, Vertrauenspersonen, Medien)

Vermeidungsverhalten

Typische Beispiele für Body Checking

- tägliche Untersuchung der weiblichen Brust aus Angst vor Brustkrebs
- Betrachtung jeden Stuhlganges aus Angst vor Darmkrebs
- Messung von Blutdruck und / oder Puls aus Angst vor Herzerkrankungen
- Gewicht überprüfen aus Angst vor Gewichtsverlust aufgrund von Krebs
- Absuchen der Haut nach Veränderungen aus Angst vor Hautkrebs
- Abtasten der oberen Bauchregion aus Angst vor Magenkrebs
- Sehtests, z. B. Lesen von weit entfernten Texten aus Angst vor einem Gehirntumor oder neurologischen Erkrankungen
- auf einer Linie laufen, mit geschlossenen Augen die Nase berühren aus Angst vor neurologischen Erkrankungen
- Testen der körperlichen Fitness aus Angst vor jeglichen schweren Krankheiten
- Abtasten der Lymphknoten aus Angst, mit HIV infiziert worden zu sein

Langfristige Konsequenzen von Body Checking

- Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Körper, allein dadurch verstärken sich Beschwerden
- Durch Manipulationen entstehen bzw. verstärken sich Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen durch Abtasten der Bauchdecke)
- Durch den Angst aufhebenden Effekt wird die Kontrolle immer häufiger ausgeführt
- Die Toleranz für Angst / Unbehagen wird geringer, weil immer schneller das sicherheitssuchende Verhalten eingesetzt wird
- Body Checking kann sehr zeitaufwändig oder hinderlich sein (z. B. am Arbeitsplatz, unter Zeitdruck etc.)
- Als Folge der anderen negativen Konsequenzen nimmt die Krankheitsangst einen immer größeren Raum ein
- Eine schwere Erkrankung wird evtl. etwas früher entdeckt

Veränderung sicherheitssuchenden Verhaltens

1. Exploration von Konsequenzen
(kurz- vs. langfristig; positiv vs. negativ)
2. Erwirken einer Entscheidung
3. Konkretisierung der Ziele
(z. B. Arztbesuch 1 x / Mo.)
4. Unterstützung beim „Durchhalten“

Worst Case

in sensu Konfrontation mit der schlimmsten
Vorstellung

- Therapierational: Angstgedanken bewusst zu Ende denken, um Angst, Vermeidungsverhalten und Einschränkungen zu reduzieren
- Vorstellung: Beim nächsten Arztbesuch wird befürchtete Diagnose mitgeteilt – Wie geht es weiter?
- Therapeut leitet Pat. an, sich jeweils das Schlimmste auszumalen

Gründe, warum Exposition wirkungsvoll ist

1. Wenn man Situationen vermeidet, drängen sie sich oft unwillkürlich in Gedanken auf (Beispiel rosa Elefant). Eine erfolgreiche Bewältigung der Krankheitsangst kann deshalb nicht stattfinden, wenn weiter vermieden wird.
2. Vermeidungsverhalten generalisiert sich im Laufe einer hypochondrischen Erkrankung immer mehr. Dies geht oft so weit, dass bereits das Aussprechen der befürchteten Krankheit für den Patienten mit Angst verbunden ist. Tut man nichts gegen das Vermeidungsverhalten, lösen immer mehr Reize aus der Umwelt Angst aus.
3. Unsere Vorstellungen sind oft schlimmer als die Realität. Die Auseinandersetzung in der Realität ist deshalb wichtig, um zu erfahren, was die „Wirklichkeit“ ist. Diffuse Vorstellungen lösen meist stärkere Ängste aus als konkretere.
4. Habituation: Sehr starke Angst kann nicht lange anhalten (Botenstoffe sind verbraucht). Die Angst lässt aus physiologischen Gründen nach. Setzt man sich lange genug der Angst aus, lässt diese nach. Hat man die Situation mit geringer oder ohne Angst erlebt, ist es beim nächsten Mal schon weit weniger schlimm, sie aufzusuchen.

Vermeidung

- Angsthierarchie erstellen
- Diskussion verschiedener Beispiele von Vermeidungsverhalten
- Expositionsrational
- Exposition an körperlichen Missempfindungen: Hyperventilation

Beispiele Angstsituationen

Situation	Höhe der Angst (0-10)
ein Krankenhaus besuchen	
einen Friedhof besuchen	
Todesanzeigen lesen	
einen Fernsehbericht über eine von mir gefürchtete Krankheit schauen	
medizinische Lehrbücher über eine von mir gefürchtete Krankheit lesen	
einen Tag ohne meine Sicherheitssignale (Medikamente, Tel.-Nr. des Arztes, Glücksbringer, Kleidung, etc.) und ohne sicherheitssuchendes Verhalten (Body Checking, Rückversichern) verbringen	
30 min joggen	
einen kranken Kollegen oder Bekannten besuchen	

Längerfristiger Erfolg von Verhaltenstherapie bei Hypochondrie

Gaby Bleichhardt
Philipps-Universität Marburg

Maria Gropalis
Johannes-Gutenberg Universität Mainz

Florian Weck
Goethe-Universität Frankfurt

Wolfgang Hiller
Johannes-Gutenberg Universität Mainz

State of the Art: Therapieevaluation

5 RCT-Studien (vgl. Kroenke, 2007)

	N (Treatment)	FU	ITT
Barsky & Ahern, 2004*	102	12	x
Clark et al., 1998	23	12	-
Fava et al., 2000	10	6	x
Visser & Bouman, 2001	22 + 20	7	-
Warwick et al., 1996	16	3	-

*Subklinische Stichprobe (DSM-IV: 66% CBT, 57% SMC)

Auswahl der Ergebnisse

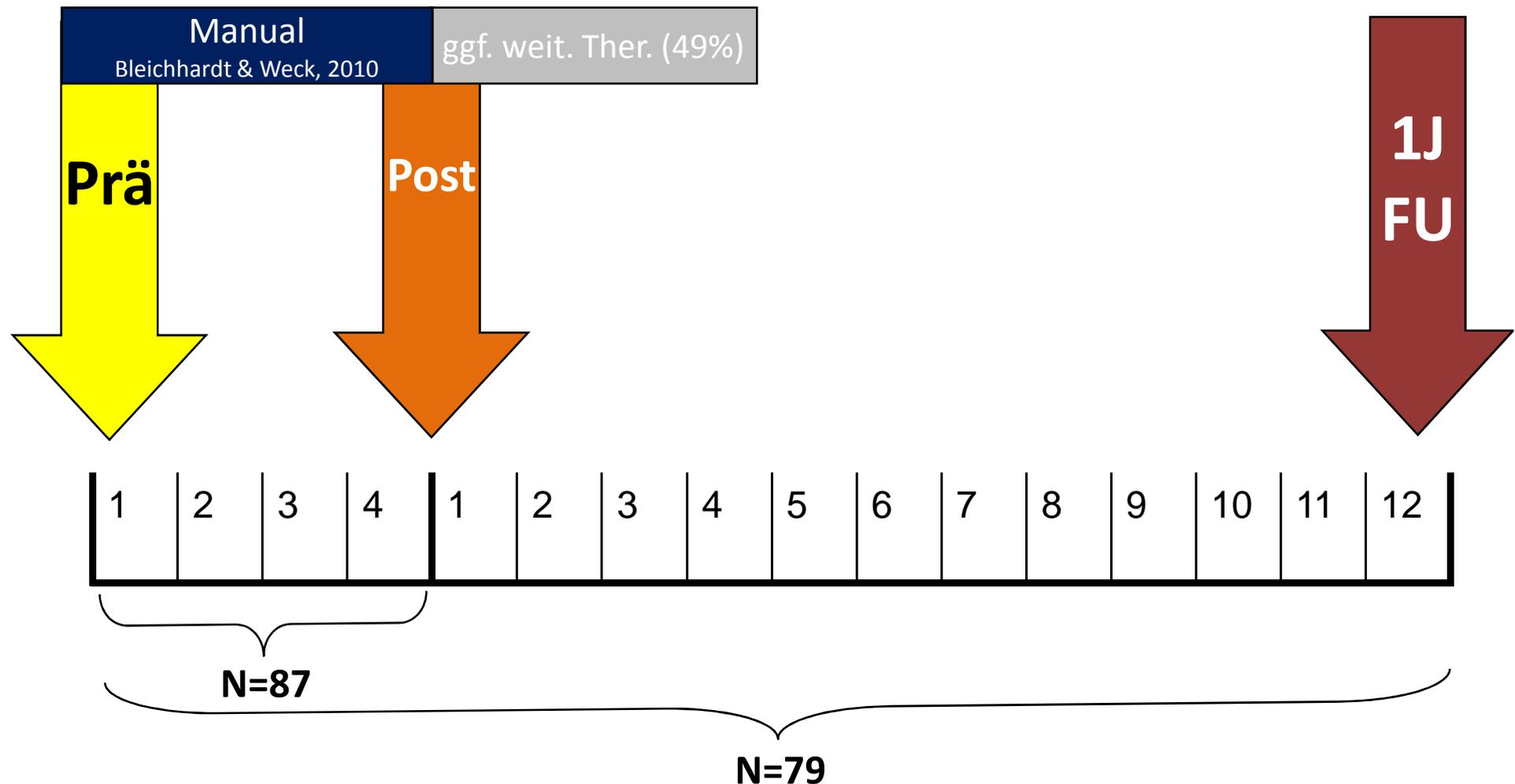
- Einzel-KVT > Warteliste / „medical care as usual“
- KVT ~ behaviorales Stressmanagement
(Clark et al. 1998)
- Kognitive vs. behaviorale Therapie: =
(Visser & Bouman, 2001)
- Responderraten: ~55-75%
- Längsschnitt-Effektstärken in zentralen Outcome Kriterien: $d = \frac{1}{2} SD - 2 SD$
- keine hochwertigen Studien zur Gruppentherapie

Design

Primärdiagnose Hypochondrie (DSM-IV)

Poliklinische Institutsambulanz für Psychotherapie Mainz

Manual: 9 Gruppendoppel-, 6 Einzelsitzungen



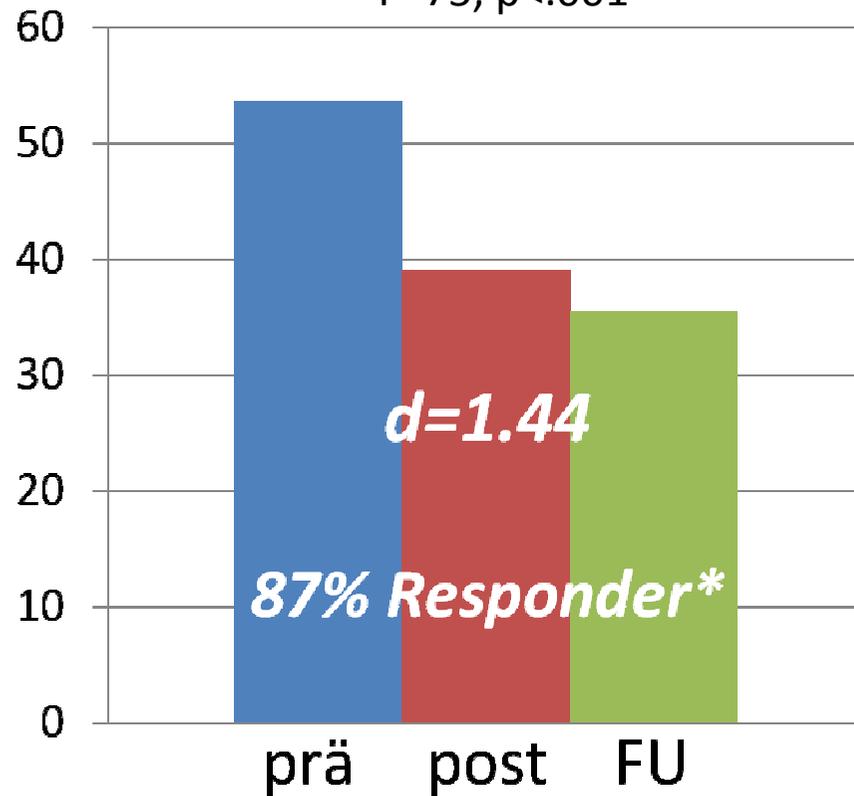
Stichprobe

	Zeitpunkt post N=87
weibliche Patienten	60.9%
Alter M (SD)	36.6 Jahre (11.0)
Abitur	59.8%
Dauer der Krankheitsangst	10.5 Jahre (8.9)
Komorbidität mit Depression	43.7%
Komorbidität mit Angststörungen	33.3%
antidepressive Medikation	22.5%
Summe der Arztbesuche in den letzten 12 Monaten	22.0 (15.7)

Primary Outcome

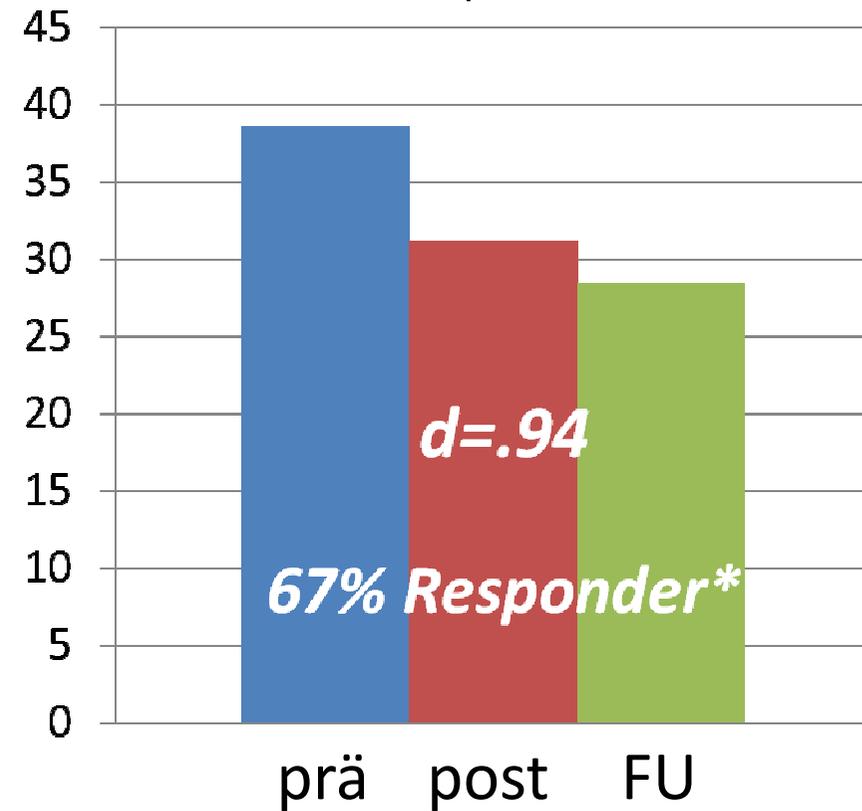
Krankheitsangst

Illness Attitude Scales, Skala Krankheitsangst
F=75, p<.001



Krankheitsverhalten

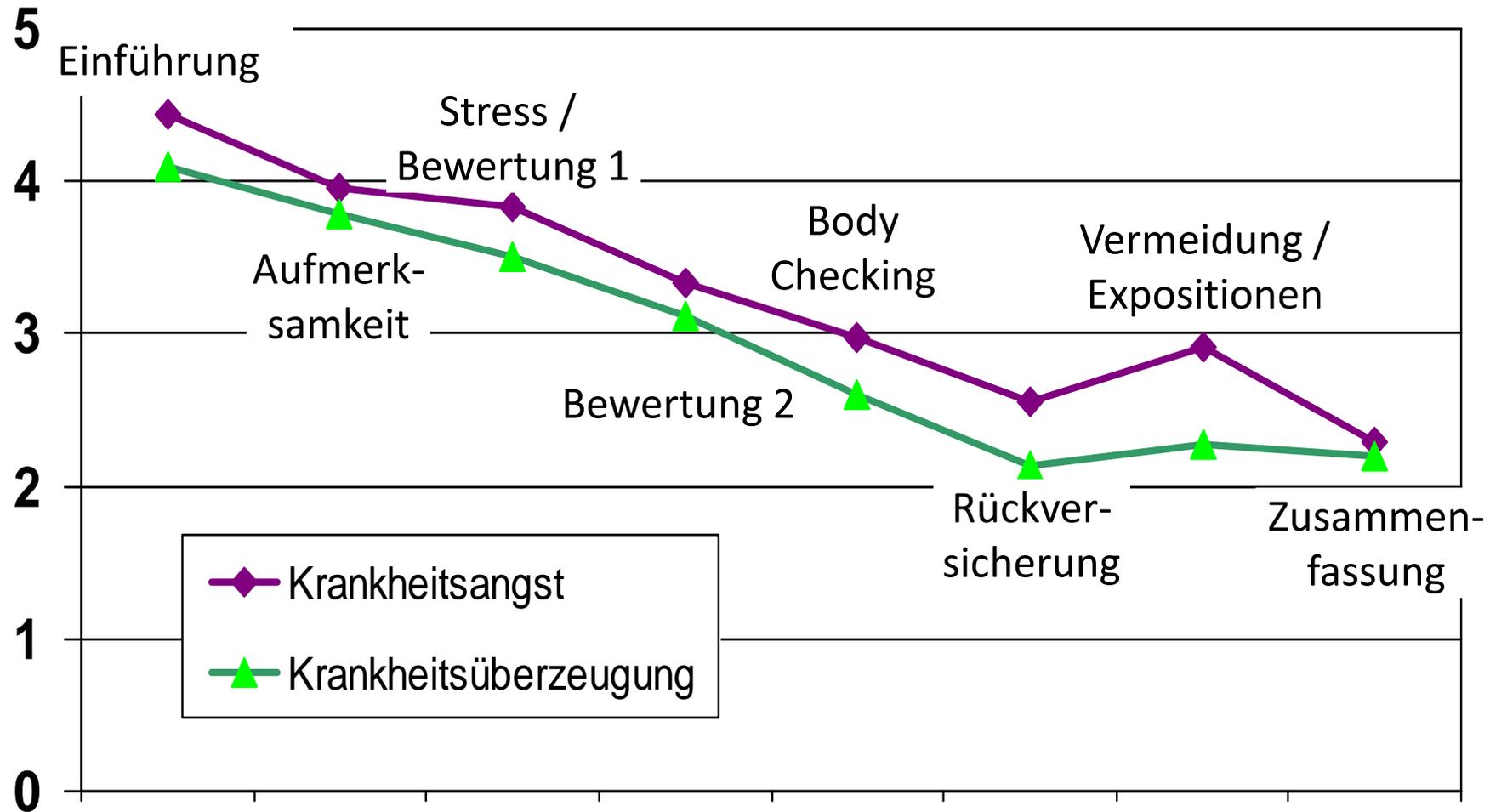
Scale for the Assessment of Illness Behavior, Gesamtwert
F=54, p<.001



*Responder := Reduktion der Werte Prä > Follow-Up um mind. 50% SD

Verlauf über 8 Sitzungen

Krankheitsangst / Krankheitsüberzeugung VAS 0-10



Beurteilung der Techniken

Wie hilfreich war... (Zeitpunkt post)

	Strategie	M	SD
1	Alternative Erklärungen für Symptome	3.82	.97
2	Argumente für die Gesundheit	3.74	.64
3	Diskussion der Überzeugungen	3.62	.91
4	Ablenkung zur Bewältigung	3.33	.98
5	Infos über sicherheitssuchendes Verhalten	3.24	1.15
6	„Worst Case Konfrontation“	3.00	1.28
7	Argumente für die Krankheit	2.71	1.27

1 gar nicht

2 leicht

3 mittelmäßig

4 stark

5 sehr stark

Arztbesuche

in den letzten 12 Monaten
Gesundheitsökonomisches Interview

