

## Hypochondrie: Erfassung und erste klinische Ergebnisse

Winfried Rief, Wolfgang Hiller, Edgar Geissner und Manfred M. Fichter

Medizinisch-psychosomatische Klinik Roseneck, Prien a. Chiemsee

**Zusammenfassung.** Hypochondrie stellt im klinischen Setting ein häufig vorzufindendes Merkmal dar. Um dieses Merkmal psychometrisch erfassbar zu machen, wurde eine deutsche Adaptation des Whiteley-Index als Maß für Hypochondrie vorgegeben. 135 Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen wurde bei Behandlungsbeginn der Fragebogen vorgegeben; von diesen 135 Personen füllten 112 Personen auch bei Behandlungsende eine Testbatterie aus. Zur weiteren Validierung wurde den Patienten das Screening für Somatoforme Störungen SOMS, die Symptom Check List SCL-90R, das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R, sowie die Allgemeine Depressionsskala ADS vorgegeben. Schließlich ging auch eine ärztliche Beurteilung vorgebrachter körperlicher Beschwerden in die Analysen ein. Es zeigte sich, daß ein Summenwert von mindestens 8 im Whiteley-Index ein Kriterium für Hypochondrie darstellt, bei dem Sensitivität und Spezifität ausgeglichen sind. Hypochondrie hängt hierbei generell mit der Anzahl somatischer Beschwerden zusammen, nicht nur mit der Anzahl somatoformer (nicht organisch begründeter) Symptome. Auch konnten drei Faktoren des Whiteley-Index extrahiert werden: Krankheitsängste, somatische Beschwerden, Krankheitsüberzeugung. Durch ein integratives verhaltensmedizinisches Vorgehen können auf den Dimensionen „Krankheitsängste“ und „somatische Beschwerden“ signifikante Verbesserungen erreicht werden, während der Bereich „Krankheitsüberzeugung“ veränderungsresistenter erscheint.

**Schlüsselwörter:** Hypochondrie, Somatoforme Störungen, Angst, Depression, Whiteley Index

### *Hypochondriasis: Assessment and initial clinical results*

**Abstract.** For the assessment of hypochondriasis, a German version of the Whiteley-Index was validated. 135 inpatients with psychiatric and psychosomatic disorders answered the self-rating scale after admission; 112 of these 135 patients also answered the questionnaires at discharge. Additional questionnaires were the Screening for Somatoform Disorders SOMS, the Symptom Check List SCL-90R, the Freiburg Personality Questionnaire FPI-R, and a German version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale CES-D. Results of a physical examination concerning the etiology of somatic symptoms were also included. We found a cut-off value of at least 8 points in the Whiteley-Index as optimal concerning sensitivity and specificity. The mean score of hypochondriasis is correlated with somatic symptoms in general, not only with somatoform symptoms without organic etiology. A principal component analysis reveals three factors of hypochondriasis: Disease phobia, bodily preoccupation, and disease conviction. An integrative behavioral medicine approach demonstrates improvements in the variables disease fear and somatic complaints, while the variable disease conviction seems to be more resistant.

**Key words:** Hypochondriasis, Somatoform Disorders, Anxiety, Depression, Whiteley Index

Hypochondrische Störungen wurden zwar einerseits bereits in der Antike beschrieben, führten andererseits in der klinischen Psychologie jedoch trotz der hohen praktischen Bedeutung ein Schattendasein. Deshalb soll mit dieser Arbeit versucht werden, das Störungsbild unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten aufzugreifen, psychometrische Voraussetzungen für nachfolgende Studien zu schaffen und bereits einige Ergebnisse zu diesem Themenbereich zu präsentieren.

Die nosologische Einordnung der hypochondrischen Störung sowie Überlappungen und Abgrenzungen zu anderen psychischen Störungen ist unklar.

Während einige Wissenschaftler dazu tendierten, Hypochondrie als ein Sekundär-Phänomen anderer psychischer Störungen darzustellen (z. B. Kellner, Fava, Lisansky et al., 1986; Kenyon, 1964) oder als Reaktionsmuster auf körperliche Erkrankungen ("Transient Hypochondriasis"; Barsky, Wyshak & Klerman, 1990), wird zwischenzeitlich davon ausgegangen, daß Hypochondrie auch ein eigenes psychisches Störungsbild darstellen kann (Barsky, Wyshak &

---

Anschrift der Verfasser: Dr. W. Rief, Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, D-83209 Prien am Chiemsee.

Klerman, 1992a; Kirmayer & Robbins, 1991). Jedoch liegen selbst über grundlegende Angaben zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung nur Schätzungen vor. In klinischen Settings wird von einer Häufigkeit von 5–20 % ausgegangen (z. B. Kellner, 1987). Zeigen Personen im allgemeinärztlichen Bereich erhöhte Hypochondrie-Werte in Fragebögen, ist dies mit erhöhten Behandlungskosten verbunden, wie unter anderem Beaber und MacMillan Rodney (1984) oder Barsky und Wyshak (1989) belegen. Die Entstehungsprozesse für Hypochondrie sind unklar (Kellner, 1986). Als ein möglicher Faktor zur Verstärkung oder Aufrechterhaltung wird eine erhöhte somatosensorische Wahrnehmungsbereitschaft diskutiert (Barsky & Wyshak, 1990; Barsky, 1992). Auch weitere kognitive und verhaltensmäßige Aspekte wie Fehlbewertungen und "checking behavior" sollen eine Rolle spielen (Warwick, 1989). Diese Ausführungen machen die Notwendigkeit wissenschaftlicher Untersuchungen deutlich, um Aufschluß über soziodemographische Merkmale und psychologische sowie psychophysiologische Prozesse zu erhalten. Für solche Untersuchungen werden jedoch im deutschen Sprachraum noch reliable und valide Instrumente benötigt.

Im englischen Sprachraum wurden verschiedene Instrumente zur Erfassung der Hypochondrie entwickelt. In erster Linie handelt es sich um Selbsteinschätzungsskalen, wobei zwischenzeitlich auch spezifische Interviews publiziert wurden (Barsky, Cleary, Wyshak et al., 1992b). Im MMPI ist eine Hypochondrie-Skala enthalten, deren Validität jedoch umstritten ist. Daneben wurden von der Arbeitsgruppe um Kellner die Illness Attitude Scales entwickelt. Diese lassen auch eine Unterscheidung von Hypochondrie-Patienten nach DSM-III und Kontrollpersonen zu (Kellner, Abbott, Winslow et al., 1987b). Ein weiteres Verfahren ist das Illness Behavior Questionnaire IBQ von Pilowsky und Spence (1983). Eine besonders rationale Skala mit guten Validitätseigenschaften stellt eine Untergruppe der Items des IBQ dar, nämlich der sogenannte Whiteley-Index. Dieser Fragebogen wurde entwickelt, indem überprüft wurde, welche Einzelfragen signifikant zwischen Personen unterschieden, die von Pflegekräften als hoch hypochondrisch bzw. nicht hypochondrisch eingeschätzt wurden. Vierzehn Einzelfragen erfüllten dieses Kriterium und wurden zum Whiteley-Index zusammengefaßt. Aufgrund von Faktorenanalysen kann dieser Fragebogen in drei Unterskalen getrennt werden (Pilowsky, 1967; Pilowsky & Spence, 1983).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, eine deutsche Fassung des Whiteley-Index zu entwickeln, dessen Faktorenstruktur zu überprüfen sowie Zusammenhänge zu anderen klinisch-psychologischen Merkmalen wie Angst, Somatisierung oder Depression zu

bestimmen. Das Verfahren soll gut diskriminieren zwischen Personen, die nach DSM-III-R unter einer Hypochondrie leiden und Personen, die andere psychische und psychosomatische Störungen haben. Um auch eine genügend große Streubreite auf den vorgenannten Dimensionen zu erhalten, wurde die Studie entsprechend eines Risikogruppen-Ansatzes bei stationären psychosomatischen Patienten durchgeführt. Schließlich soll das Verfahren auch geeignet sein, therapeutische Veränderungen anzuzeigen.

## Methode

### Stichproben

135 konsekutiv zur stationären Behandlung aufgenommene Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen beantworteten in den ersten drei Tagen nach Behandlungsbeginn (Aufnahme) sowie in der letzten Woche vor Behandlungsende (Entlassung) eine Instrumentenbatterie. Das mittlere Alter der Patienten betrug 43 Jahre (Minimum = 23 Jahre, Maximum = 67 Jahre), 49 Patienten waren männlich, 86 weiblich. Von insgesamt 112 der 135 Patienten konnten sowohl Aufnahme- als auch Entlassungsdaten erhoben werden (83 % der Gesamtstichprobe).<sup>1</sup> Ausschlusskriterien, die sich durch das Indikationsgebiet der Klinik ergeben, sind primäre Abhängigkeits-erkrankungen, organische Psychosen und Demenzen sowie Schizophrenien, soweit es sich um die Hauptdiagnose handelt. Desweiteren waren auch Patienten ausgeschlossen, bei denen eine Eßstörung im Vordergrund stand, da diese auf Spezialstationen für Eßstörungen behandelt werden.

### Instrumente

*Whiteley-Index:* Der Whiteley-Index wurde von zwei erfahrenen klinischen Psychologen unabhängig voneinander ins Deutsche übersetzt. Bei Inkonsistenzen wurde eine dritte Fachkraft hinzugezogen, die Englisch als Muttersprache hatte. Die verwendete Version ist aus Tabelle 1 ersichtlich. Der Fragebogen umfaßt 14 Items, die mit Ja oder Nein beantwortet werden müssen.

*Screening für Somatoforme Störungen SOMS:* Dies ist ein von unserer Arbeitsgruppe entwickeltes Instrument (Rief, Schäfer & Fichter, 1992a; Rief & Hiller, 1992). Es erfragt im Sinne einer Beschwerdenliste über 53 Items alle körperlichen Symptome, die für die Diagnose einer Somatisierungsstörung nach DSM-III-R zählen. Außerdem werden weitere körperliche Symptome von undifferenzierten somatofor-

<sup>1</sup> Allen beteiligten Mitarbeitern und Patienten gilt der Dank der Autoren für die Unterstützung der Studie.

men Störungen und Panikstörungen erfragt und diagnostische Einschluss- und Ausschlusskriterien für die einzelnen Untergruppen von somatoformen Störungen erhoben (z. B. Dauer der Symptome). Das Verfahren wurde sowohl in einer Trait-Version (Aufreten der Symptome in den letzten zwei Jahren) als auch in einer State-Version (Erfragung der somatischen Beschwerden für die letzten 7 Tage) vorgegeben. Die Antwortvorgaben sind auch hier mit einer Ausnahme Ja/Nein.

*Ärztliches Urteil über organische Verursachung:* Alle im Fragebogen SOMS angegebenen körperlichen Beschwerden wurden auf einem Extrabogen dem behandelnden Arzt zur Beurteilung gegeben, dem auch frühere Untersuchungsbefunde und die Krankheitsgeschichte vorlagen. Für jedes Symptom schätzte der Arzt ein, ob es „sicher psychisch verursacht“, „vermutlich psychisch verursacht“, „vermutlich organisch verursacht“ oder „sicher organisch verursacht“ sei. Wurde das körperliche Symptom als eher organisch verursacht gesehen, wurde es nicht mehr als somatoformes Symptom gezählt. Dadurch ergeben sich als Variablen zum einen die Anzahl somatoformer Symptome, zu anderen die Gesamtsymptomzahl einschließlich organisch begründeter Symptome.

*Depression:* Zur Erfassung der Depression wurde die von Hautzinger und Bailer (1992) ins Deutsche übertragene Version der "Center of Epidemiological Studies Depression Scale" CES-D (deutsch: „Allgemeine Depressionsskala" ADS) verwendet. Die ADS ist unidimensional und besteht aus 20 Items. Die Studien von Hautzinger und Bailer zeigen, daß der Summenwert als reliabel und valide angesehen werden kann.

*Angst:* Zur Erfassung von phobischer Angst sowie allgemeiner Ängstlichkeit wurden die entsprechenden Skalen der Symptom-Check-List (SCL-90-R) vorgegeben (CIPS, 1986). Gerade Angstpatienten und depressive Patienten ließen sich auf den Dimensionen Phobische Angst und Ängstlichkeit gut diskriminieren (Rief & Fichter, 1992; Rief, Schaefer, Hiller & Fichter, 1992b).

*Persönlichkeit:* Zur Erfassung von Persönlichkeitsdimensionen wurde das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989) vorgegeben. Hierbei galt ein besonderes Augenmerk der Skala „Gesundheitssorgen“, die ebenfalls zur Validierung eingesetzt werden soll. Weiterhin erwarten wir substantielle Zusammenhänge zwischen den dimensionsübergreifenden Persönlichkeitsvariablen Extraversion sowie Neurotizismus/emotionale Labilität und Hypochondrie.

## Ergebnisse

### Summenscore des Whiteley-Index

Von Pilowsky wurde vorgeschlagen, den Summenwert der 14 Items des Whiteley-Index als Maß für die Ausprägung von Hypochondrie zu interpretieren.

Für die untersuchte Stichprobe ergab sich ein Mittelwert von 6.5 (SD = +/-3.3). Die Bandbreite erstreckte sich über den vollen Umfang (Minimum 0 Punkte, Maximum 14 Punkte). Die interne Konsistenz der deutschen Version des Verfahrens liegt bei 0,77 (Cronbach's Alpha) und ist somit trotz der geringen Itemzahl gut (vgl. auch Retest-Korrelation bei Pilowsky (1967)  $r = 0.81$ ).

### Faktorenstruktur

Zur Exploration der Binnenstruktur des Meßinstruments wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. Insgesamt überschreiten 4 Faktoren einen Eigenwert von 1. In Anlehnung an die Faktorenlösung von Pilowsky und Spence (1983) wurde eine 3-Faktorenlösung realisiert. Die dreifaktorielle Lösung ist fast identisch mit den ersten drei Faktoren bei der vierfaktoriellen Lösung; letztere erbringt einen vierten Faktor, auf den die Items 3 und 7 hoch laden, die bei der dreifaktoriellen Lösung schwerer zuordenbar sind. Allerdings sind diese zwei Items die einzigen hochladenden Items auf den Faktor 4. Die dreifaktorielle Lösung hatte somit den Vorteil, daß pro Faktor mindestens 3 Items eingehen sowie die Faktoren inhaltlich besser interpretierbar sind. Aus diesem Grund wurde die dreifaktorielle Lösung präferiert.

Faktor 1 klärt insgesamt 27,7 % der Varianz auf und ist am besten mit „Krankheitsängste“ zu bezeichnen. Er enthält 3 der 4 Items, die in der englischen Fassung dem Faktor "Disease Phobia" zugeordnet werden. Faktor 2 klärt 11,4 % der Varianz auf und kann die Bezeichnung „Somatische Beschwerden“ erhalten. Es gehen 2 der 3 Items in diese Dimension ein, die von Pilowsky den Faktorennamen "Bodily Pre-occupation" erhalten hatten. Faktor 3 klärt zusätzlich 9,8 % der Varianz auf und wird durch den Begriff „Krankheitsüberzeugung“ umschrieben (2 der 3 Variablen des Pilowsky-Faktors "Disease Conviction"). Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, gestaltet sich die Zuordnung von Items zu Faktoren aufgrund der Faktorenladungen relativ einfach. Die meisten Items zeigen mit einem Faktor eine Ladung zwischen 0.60 bis 0.80, so daß die Zuordnung eindeutiger erfolgen kann als bei der englischen Originalversion, bei der die Ladungen eines Items auf den zuzuordnenden Faktor zwischen 0.30 und 0.50 liegen. Item 3 ist nicht eindeutig einem Faktor zuzuordnen und kann deshalb nur für den Gesamtsummenwert berücksichtigt werden.

### Validierung des Whiteley-Index

Im Fragebogen SOMS, der als externes Validierungskriterium herangezogen wurde, werden die Kriterien

Tab. 1. *Whiteley-Index*

Item	Faktor	Ladung	Chi <sup>2</sup>	Hypoch.	Non-Hypo.
1. Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?	I (—)	.82	18.0***	89 %	44 %
2. Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt?	II (II)	.80	2.0	54 %	39 %
3. Sind Sie sich oftmals der verschiedenen Vorgänge bewußt, die in Ihrem Körper vor sich gehen?	— (—)		1.2	31 %	43 %
4. Machen Sie sich viele Sorgen über Ihre Gesundheit?	I (II)	.74	11.0***	93 %	59 %
5. Haben Sie oftmals die Symptome einer sehr ernsthafte Krankheit?	II (—)	.53	24.0***	86 %	34 %
6. Wenn Sie auf eine Krankheit aufmerksam gemacht werden (durch Radio, Fernsehen, Zeitung oder einen Bekannten), machen Sie sich dann Sorgen, daß Sie diese Krankheit auch bekommen könnten?	I (I)	.71	0.6	50 %	42 %
7. Wenn Sie sich krank fühlen und jemand sagt Ihnen, daß Sie bereits wieder besser aussehen — ärgert Sie das?	III (III)	.46	0.6	11 %	17 %
8. Finden Sie, daß Sie von einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome geplagt werden?	II (II)	.73	2.1	68 %	52 %
9. Ist es schwer für Sie, einmal nicht an sich zu denken, sondern an alle möglichen anderen Dinge?	III (I)	.67	3.3	50 %	31 %
10. Können Sie dem Arzt nur schwer glauben, wenn er Ihnen sagt, daß kein Grund zur Besorgnis besteht?	III (—)	.70	9.9**	63 %	30 %
11. Bekommen Sie das Gefühl, daß die Leute Ihre Krankheit nicht ernstnehmen?	III (III)	.54	14.0***	85 %	45 %
12. Denken Sie, daß Sie sich mehr Sorgen über Ihre Gesundheit machen als die meisten anderen Leute?	I (I)	.66	3.0	46 %	29 %
13. Denken Sie, daß mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist?	I (III)	.50	26.0***	93 %	38 %
14. Haben Sie Angst, krank zu werden?	I(I)	.69	1.5	85 %	73 %

*Anmerkung:* Bei „Faktor“ findet sich die Faktorenuordnung der deutschen Version, in Klammern die Zuordnung in der Originalversion von Pilowsky, in der 4 Items nicht berücksichtigt werden. „Ladung“ gibt die Faktorenladung mit dem zuvor genannten Faktor wieder. Chi<sup>2</sup> bezieht sich auf Unterschiede bei den Itemantworten von Personen mit Hypochondrie („Hypoch.“) versus solchen ohne Hypochondrie („Non-Hypo.“), die in Prozent „Ja“-Antworten in den letzten beiden Spalten aufgeführt sind (genaue Kriterien s. Text). \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001.

für eine Hypochondrie durch zwei Fragen überprüft. Dies sind die Items 49 („Sind Sie fest überzeugt, eine schwere Krankheit zu haben, ohne daß bisher von Ärzten eine ausreichende Erklärung gefunden wurde?“; Kurzfassung des Kriteriums A nach DSM-III-R) und 50 („Wenn ja, haben Sie diese Überzeugung bereits seit mindestens 6 Monaten?“; Kriterium D nach DSM-III-R). Kriterium B und C sind ebenfalls aus der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung ableitbar. Wahnhafte Störungen als Ausschlußkriterium E nach DSM-III-R gehören nicht zum Indikationsgebiet der Klinik. Nach den Selbstangaben der Patienten werden die Kriterien für eine hypochondrische Störung erfüllt, wenn die beiden o. g. Fragen mit „Ja“ beantwortet werden. Dies trifft auf 28 Patienten zu, während 103 Patienten mit vollständig ausgefüllten Fragebögen dieses Kriterium nicht erfüllen. In Tabelle 1 ist dargestellt, welche Items signifikant zwischen den so definierten Gruppen von hypochondrischen und nicht-hypochondrischen Patienten unterscheiden. Erwartungsgemäß ergibt sich für den Gesamtwert des Whiteley-Index sowie für die aus den drei Faktoren gebildeten Subskalen ein signifikanter Gruppenunterschied (s. Tabelle 2).

In vorangegangenen Arbeiten wurde als Cut-off-Punkt zur Diagnose von Hypochondrie ein Wert von mindestens 5 (Barsky et al., 1986) oder 6 (Palsson, 1988) beim Whiteley-Index festgelegt. Eine à priori-Festlegung des Cut-off-Wertes unabhängig von der Fragestellung ist allerdings fragwürdig. Ein diagnostisches Verfahren ist gekennzeichnet durch seine Sensitivität (richtig-positiv-Rate; das Instrument erkennt das Vorliegen des Merkmals X, das nachweisbar auch vorliegt) und seine Spezifität (richtig-negativ-Rate; das

Instrument erkennt das Nichtvorliegen eines Merkmals, das nachweisbar auch nicht vorliegt; Widinger, Hurt, Frances et al., 1984). Je nach Festlegung des Cut-off-Wertes im Whiteley-Index wird der Schwerpunkt mehr auf Sensitivität oder Spezifität gelegt. Aus Abb. 1 ist ersichtlich, wie Spezifität und Sensitivität von der Wahl des Grenzwertes abhängen. Werden Personen ab einem Wert von 4 als Personen mit einer möglichen Hypochondrie definiert, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, alle hypochondrischen Personen in dieser Stichprobenauswahl zu haben (hohe Sensitivität). Will man jedoch sowohl Sensitivität als auch Spezifität optimieren, so bietet sich nach unseren Daten ein Cut-Off-Wert von mindestens 8 zur Diagnose Hypochondrie an. Hierbei werden 78 % der Personen mit Hypochondrie erkannt, 70 % der Personen ohne die genannten Kriterien für Hypochondrie werden als „Nicht-Hypochonder“ erkannt.

### Zusammenhang des Whiteley-Index mit weiteren psychologischen Variablen

Auch der Faktor 9 des Freiburger-Persönlichkeits-Inventars („Gesundheitssorgen“) weist eine gewisse Ähnlichkeit mit dem hier interessierenden Bereich auf (Beispiel-Items: „Ich habe mich über die häufigsten Krankheiten und ihre ersten Anzeichen informiert“, „Ich achte aus gesundheitlichen Gründen auf regelmäßige Mahlzeiten und reichlichen Schlaf“). Andererseits handelt es sich hierbei um ein Persönlichkeitsmaß, also eine Variable, die zeitlich möglichst stabil sein soll, während der Whiteley-Index mehr das klinische Bild der Hypochondrie erfassen soll und

Tabelle 2. Vergleich der Skalenwerte im Whiteley-Index bei 2 Gruppen

Variable	Mittelwert hypoch. Personen (N = 28)	Mittelwert nicht-hypoch. Personen (N = 103)	F-Wert
WI-Gesamtwert	9.4 (2.2)	5.2 (3.1)	7.0***
Skala 1 Krankheitsängste	4.7 (1.5)	2.6 (2.0)	5.4***
Skala 2 Somatische Beschwerden	2.2 (1.0)	1.1 (1.1)	4.4***
Skala 3 Krankheitsüberzeugung	2.2 (1.0)	1.1 (1.2)	4.4***

Anmerkung: \*\*\*  $p < .001$ .

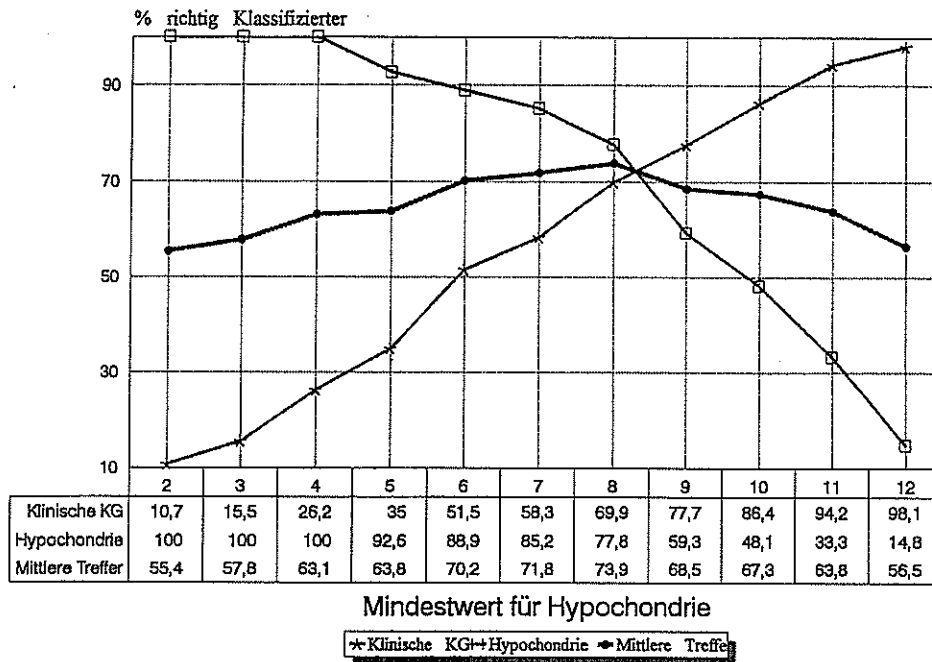


Abbildung 1. Klassifikationsergebnisse bei verschiedenen Cut-Off-Werten des Whiteley-Index zur Definition von Personen mit hypochondrischen Störungen. Angegeben sind die Trefferraten in Prozent für Personen mit Hypochondrie (Sensitivität) und für eine klinische Vergleichsgruppe von Personen ohne Hypochondrie (Spezifität) sowie der Mittelwert dieser Prozentangaben. Nähere Erläuterungen s. Text.

damit auch als Veränderungsmaß konzipiert ist. Desweiteren erfasst die FPI-Dimension eher Gesundheits- und Krankheitsverhalten, weniger den Aspekt der Angst vor Krankheiten, wie oben genannte Item-Beispiele zeigen. Entsprechend zeigen sich nur mittlere bis niedrige Korrelationen zu den Dimensionswerten des Whiteley-Index. Die Skala FPI-Gesundheitssorgen korreliert mit dem Gesamtwert des Whiteley-Index 0.34 ( $p < 0.01$ ). Die höchste Korrelation zu Einzelvariablen findet sich zur Dimension 1 des Whiteley-Index („Krankheitsängste“) mit  $r = 0.39$  ( $p < 0.001$ ). Demgegenüber ist die Korrelation zwischen FPI-9 und Dimension 2 des Whiteley-Index („Somatische Beschwerden“) nur noch 0.16 und zur Dimension 3 („Krankheitsüberzeugung“) nur 0.05 (jeweils n.s.).

In Tabelle 3 sind die Korrelationen zwischen den einzelnen Faktoren sowie dem Gesamtwert des Whiteley-Indexes und weiteren klinisch-psychologisch relevanten Variablen dargestellt. Auch die Zusammenhänge zu den Persönlichkeitsdimensionen „Extraversion“ und „Emotionale Labilität“ sind aufgeführt. Die mit dem Whiteley-Index gemessene Hypochondrie ist unabhängig von „Extraversion“, während sie mit „Emotionaler Labilität“ hoch korreliert. Zum allgemeinen Merkmal „Ängstlichkeit“ ergeben sich mittlere Korrelationen im Bereich von 0.40, während im speziellen zum Bereich „Phobische

Ängste“ die Korrelationen zwar noch signifikant, jedoch nur noch im Bereich von 0.25–0.30 liegen. Auch mit „Depression“ ergeben sich eher niedrige Korrelationen, wobei der höchste Zusammenhang besteht zwischen dem Unterbereich „Krankheitsüberzeugung“ und „Depression“ im SCL-90R ( $r = 0.35$ ).

Ein Teil der in der Selbstbeschreibung angegebenen somatischen Beschwerden war auf eine organische Ursache zurückzuführen. Für die Gesamtstichprobe ergaben sich im Mittel 2,2 (SD =  $\pm 2,3$ ) körperlich begründete somatische Beschwerden, wobei die Einzelwerte zwischen 0 und 14 streuten. Wenn in erster Linie ein Zusammenhang zwischen Hypochondrie und somatoformen Störungen besteht, sollte die Korrelation zwischen Hypochondrie-Werten und Anzahl rein somatoformer Symptome höher sein als zwischen Hypochondrie-Werten und der Gesamtanzahl somatischer Beschwerden (mit und ohne organische Verursachung). Dem ist jedoch nicht so. Hypochondrie hängt generell mit der Anzahl somatischer Symptome zusammen ( $r = .42$ ), nicht nur mit der Anzahl nicht-organisch begründeter somatoformer Symptome ( $r = 0.40$ ). Erwartungsgemäß ist der Zusammenhang zwischen Anzahl somatischer Symptome und dem Faktor 2 des Whiteley-Index „Somatische Beschwerden“ am höchsten (bis 0.60). Die weiteren Aspekte der Hypochondrie (Faktor 1 „Krankheitsängste“ oder Faktor 3 „Krankheitsüberzeugung“

Tabelle 3. Korrelationen des Whiteley-Index

Variable		WI-Gesamt	Skala 1	Skala 2	Skala 3
Extraversion	(FPI)	.09	.06	.09	-.01
Emot. Labilität	(FPI)	.47**	.41**	.37**	.36**
Depression	(SCL)	.34**	.23*	.26*	.35**
	(CES)	.29**	.17	.28**	.33**
Ängstlichkeit	(SCL)	.45**	.39**	.39**	.31**
Phobie	(SCL)	.30**	.26*	.22*	.24*
Anzahl somatoformer Symptome Trait (SOMS)		.40**	.26*	.48**	.26*
Anzahl somatoformer Symptome State (SOMS)		.46**	.31**	.51**	.25*
Gesamtanzahl somatischer Symptome Trait (SOMS)		.42**	.24*	.54**	.28**
Gesamtanzahl somatischer Symptome State (SOMS)		.47**	.28**	.60**	.23*

Anmerkung: \*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.001$  (einseitig)

korrelieren mit somatischen und somatoformen Symptomen in geringer Höhe (0.23 bis 0.31).

### Veränderungsmessungen mit dem Whiteley-Index

Ist der Whiteley-Index zur Veränderungsmessung geeignet, so müßten sich Veränderungen nach einer Therapie der Hypochondrie auch auf diesem Instrument abbilden lassen. Von diesen Überlegungen ausgehend wurden die Werte der als hypochondrisch eingestuften Personen bei Behandlungsbeginn und bei Behandlungsende verglichen. Der Gesamtscore drückt eine deutliche Verbesserung dieser Personen-Gruppe von 9,4 auf 7,4 aus ( $t = 3.6$ ,  $p < 0.01$ ). Auch auf der Ebene der Einzeldimensionen ist der Whiteley-Index veränderungssensitiv. Im Faktor 1 „Krankheitsängste“ zeigt sich eine signifikante Verbesserung von  $M = 4.7$  (vorher) auf  $M = 3.7$  (nachher;  $t = 3.2$ ;  $p < 0.01$ ). Gleiches gilt auch für den Faktor 2 „Somatische Beschwerden“ ( $M = 2.2$  vorher;  $M = 1.6$  nachher;  $t = 2.9$ ;  $p < 0.01$ ). Für den Faktor 3 „Krankheitsüberzeugung“ läßt sich kein signifikanter Mittelwertsunterschied feststellen ( $M = 2.2$  vorher,  $M = 1.7$  nachher;  $t = 1.6$ ;  $p = 0.13$ ). Der Faktor „Krankheitsüberzeugung“ erscheint somit ein eher stabileres, therapieresistenteres Merkmal zu erfassen.

### Diskussion

Als wichtige Aspekte des Merkmals Hypochondrie gelten Krankheitsängste oder Ängste bezüglich der potentiell bedrohten Gesundheit, Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Aspekte, Kontrollverhalten („checking behavior“), Suchen nach ärztlicher oder sonstiger Rückversicherung („reassurance seeking“) über die Unbedenklichkeit körperlicher Empfindungen (Rief & Hiller, 1992; Warwick & Salkovskis, 1989). Auch eine erhöhte physiologische Reagibilität wurde angenommen (Kellner, 1986) sowie ein kognitiver Stil „somatosensorischer Verstärkung“ (Barsky & Wyshak, 1990). Der gegenwärtige Forschungsstand bei Hypochondrie ist jedoch durch konzeptionelle Unklarheit gekennzeichnet. So fanden Kellner und Schneider-Braus (1988), daß zwischen Personen, die von Praktikern als „hypochondrisch“ eingestuft wurden, und Personen, die auf psychometrischen Maßen hohe Hypochondrie-Scores erhielten, nur wenig Übereinstimmung bestand. Dies liegt nicht zuletzt daran, daß sowohl für die Entwicklung von Selbstrating-Verfahren als auch für Fremdrating-Verfahren (Interviews, Checklisten) bislang nur wenig Forschungsarbeit aufgebracht wurde.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde für den Bereich Selbstrating als Maß für Hypochondrie eine deutsche Version des Whiteley-Index entwickelt und sta-

tistisch an einer Stichprobe stationärer psychosomatischer Patienten überprüft. Ausgeschlossen wurden die Spezialabteilungen zur Behandlung von Personen mit Eßstörungen. Beim Whiteley-Index handelt es sich um ein Instrument mit 14 Items, das schnell und ökonomisch durchführbar und auswertbar ist. Die Konkretisierung des Hypochondrie-Konzeptes erfolgte über Fragebogen-Daten, wobei zukünftige Studien auch standardisierte Interviews verwenden sollten, wie sie vor kurzem für den Bereich Hypochondrie entwickelt wurden (z. B. Barsky et al., 1992b). Eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation ergibt 3 gut interpretierbare Faktoren, die der englischen Originalversion im Großen und Ganzen vergleichbar sind. Faktor 1 (Krankheitsängste) beschreibt die Tendenz, schnell das Vertrauen in die eigene Gesundheit zu verlieren und sich Sorgen über mögliche Krankheiten zu machen. Faktor 2 (somatische Beschwerden) beschreibt den subjektiven Eindruck des Patienten, unter zahlreichen körperlichen Beschwerden und Schmerzen zu leiden. Faktor 3 (Krankheitsüberzeugung) gibt die persönliche Überzeugung des Patienten wieder, krank zu sein. Hiermit ist auch eine gedankliche Fixierung auf Kranksein verbunden, die durch gegenteilige Beteuerungen durch Ärzte oder Personen der Umgebung nicht korrigiert werden kann. Faktor 3 beinhaltet also streng genommen nicht nur Krankheitsüberzeugung, sondern auch die Rigidität der Überzeugung sowie die gedankliche Fixierung auf die eigene Person.

Sowohl die einzelnen Faktoren als auch der Gesamtwert des Whiteley-Index unterscheiden zwischen einer Patientengruppe, die in einem Fragebogen (SOMS) die Kriterien für eine hypochondrische Störung erfüllt sowie einer gemischten klinischen Kontrollgruppe von psychosomatischen und psychisch kranken Patienten, die die Kriterien einer hypochondrischen Störung nicht erfüllen. Zwar läßt sich in der deutschen Version bei den untersuchten Stichproben nicht mehr für jedes einzelne Item ein statistischer Unterschied zwischen den Gruppen finden, wie dies in der ursprünglichen Version von Pilowsky noch der Fall war (Pilowsky, 1967), jedoch ergeben sich auf 6 der 14 Items des Fragebogens signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Der Fragebogen ist auch zur Veränderungsmessung geeignet. Dies zeigt sich bei hypochondrischen Personen zumindest für den Gesamtwert und die ersten beiden Dimensionen (Krankheitsängste, somatische Beschwerden) in signifikanten Unterschieden zwischen dem Zeitpunkt „Behandlungsbeginn“ und dem Zeitpunkt „Behandlungsende“. Demgegenüber konnte im Bereich „Krankheitsüberzeugung“ keine statistisch signifikante Veränderung gefunden werden. An

dieser Stelle soll auch darauf hingewiesen werden, daß Meßinstrumente, die gleichzeitig Statusmessung und Veränderungsmessung anstreben, das Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma mit sich bringen (Bereiter, 1963; Jäger & Scheurer, 1988, p. 158).

In der von uns untersuchten Stichprobe eines gemischten psychosomatischen Patientenguts ergaben sich bei 21 % der Patienten Anhaltspunkte für eine hypochondrische Störung, die schon seit mindestens 6 Monaten besteht. Beaber und MacMillan Rodney (1984) fanden bei Patienten einer allgemeinärztlichen Praxis bei 31,2 % einen Whiteley-Summenwert von mindestens 6, was in dieser Studie das Kriterium für Hypochondrie war. Dies erreichen 57 % unserer Patienten, was eine höhere Auftretenswahrscheinlichkeit bei psychosomatischen versus allgemeinärztlichen Patienten bedeutet.

Hypochondrie wurde immer wieder mit anderen psychischen Störungen in Verbindung gebracht. So vermuteten Kellner, Fava, Lisansky et al. (1986), daß Major Depression vom Subtyp Melancholie eine der Ursachen für Hypochondrie sei. Unsere Daten lassen hierzu keinen eindeutigen Schluß zu. Auf korrelativer Ebene zeigen sich zu Merkmalen wie Angst, Depression oder organisch-somatische und somatoforme Symptomzahl großteils nur niedrige bis mittlere Werte. Dieses Zusammenhangsmuster wurde auch in anderen Arbeiten gefunden (z. B. Kellner, Abbott, Winslow et al., 1989; Kellner, Hernandez & Pathak, 1992). Andererseits zeigt Hypochondrie auf Diagnoseebene eine hohe Komorbidität mit Angststörungen und mit affektiven Störungen (Barsky et al., 1992a). Jedoch sprechen die moderaten Korrelationen eher dafür, daß es sich bei der Hypochondrie auch um ein abgrenzbares Konstrukt handeln kann (s. a. Kellner et al., 1987, 1989, 1992; Kirmayer & Robbins, 1991).

Auch ist ein hohes Ausmaß an hypochondrischen Symptomen kein notwendiges Korrelat von somatoformen Symptomen, wie sich in eher niedrigen Korrelationen zwischen Hypochondrie und der Anzahl somatoformer Symptome zeigt. Dieser Zusammenhang ist auch nicht enger als der Zusammenhang zwischen Hypochondrie und der Gesamtzahl von körperlichen Symptomen, wenn organisch verursachte Beschwerden mitberücksichtigt werden. So wurde bereits von Barsky et al. (1990) die Überlegung geäußert, daß Hypochondrie auch ein Reaktionsmuster generell auf somatische Beschwerden jeglicher Genese sein kann. Hypochondrie kann somit bei einer Personengruppe über eine erhöhte Selbstbeobachtung zu einer verstärkten Wahrnehmung somatoformer Symptome führen, jedoch können auch umgekehrt somatische und somatoforme Symptome die Selbstbeobachtung und die Gesundheitsängst erhöhen.

## Literatur

- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28–34.
- Barsky, A. J. & Wyshak, G. (1989). Hypochondriasis and related health attitudes. *Psychosomatics*, 30, 412–420.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1986). Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 43, 493–500.
- Barsky, A. J. & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404–409.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1990). Transient hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 47, 746–752.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1992a). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 101–108.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Wyshak, G., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Klerman, G. L. (1992b). A structured diagnostic interview for hypochondriasis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 20–27.
- Beaber, R. J. & MacMillan Rodney, W. (1984). Underdiagnosis of hypochondriasis in family practice. *Psychosomatics*, 25, 39–46.
- Bereiter, C. (1963). Some persisting dilemmas in the measurement of change. In Harris, C. W. (Ed.), *Problems in measuring change*. Madison: University of Wisconsin Press.
- CIPS (1986). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI* (5., ergänzte Auflage), Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1992). *Allgemeine Depressionskala* (ADS). Weinheim: Beltz Test.
- Jäger, R. S. & Scheurer, H. (1988). Prozeßdiagnostik. In R. S. Jäger (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik*. Weinheim: PVU.
- Kellner, R. (1986). *Hypochondriasis and somatization*. New York: Praeger-Greenwood.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization. *Journal of the American Medical Association*, 258, 2718–2722.
- Kellner, R. & Schneider-Braus, K. (1988). Distress and attitudes in patients perceived as hypochondriacal by medical staff. *General Hospital Psychiatry*, 10, 157–162.
- Kellner, R., Fava, G. A., Lisansky, J., Perini, G. I. & Zielezny, M. (1986). Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III Melancholia. Changes with Amitriptyline. *Journal of Affective Disorders*, 10, 21–26.
- Kellner, R., Slocumb, J. C., Wiggings, R. J., Abbott, P. J., Romanik, R. L., Winslow, W. W. & Pathak, D. (1987a). The relationship of hypochondriacal fears and beliefs to anxiety and depression. *Psychiatric Medicine*, 4, 15–24.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W. & Pathak, D. (1987b). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 20–25.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W. & Pathak, D. (1989). Anxiety, depression, and somatization in DSM-III-hypochondriasis. *Psychosomatics*, 30, 57–64.
- Kellner, R., Hernandez, J. & Pathak, D. (1992). Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatization. *British Journal of Psychiatry*, 160, 525–532.
- Kenyon, F. E. (1964). Hypochondriasis: a clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 110, 478–488.
- Kirmayer, L. J. & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 647–655.
- Palsson, N. (1988). Functional somatic symptoms and hypochondriasis among general practice patients: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 191–197.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89–93.
- Pilowsky, I. & Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire IBQ Second Edition*. University of Adelaide: Author.
- Rief, W. & Fichter, M. M. (1992). The symptom check list (SCL-90 R) and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders, and anorexia nervosa. *Psychopathology*, 25, 128–138.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen*. Bern: Huber.
- Rief, W., Schäfer, S. & Fichter, M. M. (1992a). SOMS: Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica*, 38, 228–241.
- Rief, W., Schäfer, S., Hiller, W. & Fichter, M. M. (1992b). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: Which came first? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 236–241.
- Warwick, H. M. C. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 705–711.
- Warwick, H. M. C. & Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. In Scott, J., Williams, J. M. G. & Beck, A. T. (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice*. London: Routledge.
- Widinger, A. T., Hurt, S. W., Frances, A., Clarkin, J. F. & Gilmore, M. (1984). Diagnostic efficiency and DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1005–1012.

Manuskript eingereicht: 2. 9. 1992

Manuskript angenommen: 7. 5. 1993