

# Hypochondrie und krankheitsbezogene Ängste

Gaby Bleichhardt, Wolfgang Hiller

## Zusammenfassung

**Auch wenn Hypochondrie als somatoforme Störung klassifiziert wird, hat sie durch ihr Kernmerkmal „Angst oder Überzeugung, unter einer ernststen Krankheit zu leiden“ viel Gemeinsamkeit mit den Angststörungen. Ein psychophysiologisches Erklärungsmodell wird erläutert, in dem die somatosensorische Verstärkung einen zentralen Stellenwert hat. Da die Patienten oft negative Erfahrungen mit Behandlern gemacht haben, ist besonderer Wert auf den Aufbau der Therapiebeziehung zu legen, für den im Text einige Ratschläge gegeben werden. Zentrale Aufgabe in der Therapie ist das Thematisieren und allmähliche Verändern von krankheitsbezogenen Überzeugungen. Um Alternativen für vermeintliche Krankheitszeichen im Körper zu finden, sollten die Funktionsweise des vegetativen Nervensystems sowie die der Aufmerksamkeitslenkung ausführlich vermittelt und in praktischen Übungen erfahren werden. Zentraler aufrechterhaltender Faktor ist zudem das Krankheitsverhalten (Arztbesuche, Kontrollieren des Körpers, Vermeidungsverhalten), für das in der Therapie Alternativen erarbeitet werden.**

## Schlüsselwörter

**Aufmerksamkeitsfokussierung, Body-Checking, Krankheitsangst, Krankheitsverhalten, Rückversicherung, somatosensorische Verstärkung**

## Hypochondrie und Krankheitsangst

Wesentliches Merkmal der Hypochondrie ist eine ausgeprägte Angst oder Überzeugung, unter einer ernsthaften Krankheit zu leiden. Dabei beruhen Angst oder Überzeugung auf einer Fehlinterpretation körperlicher Symptome (DSM-IV). Ausgeprägte Krankheitsangst (bzw. der im Englischen verwendete Begriff „Health Anxiety“) hat das gleiche Kernmerkmal (Asmundson et al. 2001), jedoch ist Krankheitsangst als dimensionaler Begriff zu verstehen.

Zahl und Umfang epidemiologischer Untersuchungen sind zu gering, um eindeutige Aussagen über Prävalenzraten zu machen (Creed u. Barsky 2004). Vorsichtig kann man eine Lebenszeitprävalenz von knapp 1% für Hypochondrie vermuten. Etwa 7% der deutschen Bevölkerung leiden unter auffälliger Krankheitsangst (Bleichhardt u. Hiller, eingereicht).

Auch wenn Hypochondrie als somatoforme Störung klassifiziert wird (DSM-IV, ICD-10), argumentieren eine Reihe von Autoren, dass sie besser im Bereich der Angststörungen eingeordnet sei (Noyes 1999, Salkovskis u. Clark 1993, Wolpe 1986, Wells 1997). Dies liegt nahe, da es sich bei dem Kernsymptom um ein Angstphänomen handelt, die gegenwärtigen Erklärungsmodelle deutliche Nähe zu denen bei Angststörungen wie Panik- oder Zwangsstörung haben und einige Therapiestrategien die gleichen sind. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind die empirischen Belege jedoch nicht ausreichend, um eine Umklassifizierung in die Gruppe der Angststörungen zu erreichen (vgl. Lipsitt u. Starcevic 2001).

## Erklärungsmodelle

Um Krankheitsängste sinnvoll zu behandeln, sollten sowohl TherapeutIn als auch PatientIn ein Modell zur Erklärung und Aufrechterhaltung zur Verfügung haben.

Zentralen Stellenwert für die Erklärung der Krankheitsangst hat das Konzept der somatosensorischen Verstärkung („somatosensory amplification“). Die somatosensorische Verstärkung wurde in der Arbeitsgruppe um Arthur Barsky (Barsky 1979, Barsky et al. 1991) formuliert und empirisch überprüft. Man versteht darunter einen störungsspezifischen Wahrnehmungsstil, bei dem die betroffenen Personen dazu neigen, körperliche Funktionen und Empfindungen zu beobachten und diese katastrophisierend zu interpretieren. Die durch erhöhte Beachtung stärker wahrgenommenen körperlichen Symptome stabilisieren die katastrophisierende Interpretation der Missempfindungen als Zeichen einer schlimmen Krankheit.

Das in **Abb. 1** dargestellte Modell bezieht sich einerseits auf die somatosensorische Verstärkung, erweitert diese aber um den Faktor des Krankheitsverhaltens.

Es wird davon ausgegangen, dass zunächst aufgrund von autonomer Erregung, minimaler organischer Dysfunktionen oder Bagatellerkrankungen geringfügige körperliche Veränderungen entstehen. Diese werden wahrgenommen und vom Betroffenen als mögliches Krankheitszeichen interpretiert. Dadurch entsteht ein Teufelskreis, der sich durch erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung auf den Körper und dysfunktionale Kognitionen weiter aufschaukelt. Zusätzlich spielt in der Regel das Krankheitsverhalten eine wichtige aufrechterhaltende Rolle. So führen Schonverhalten oder das so ge-

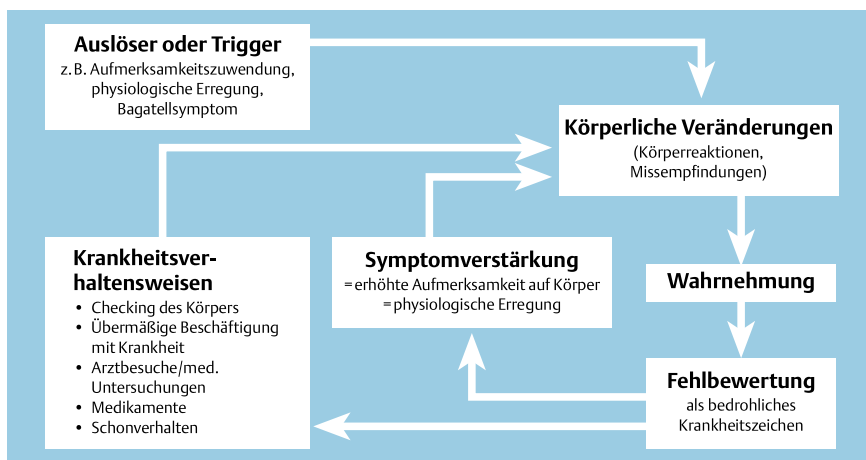


Abb. 1 Ein psychophysiologisches Erklärungsmodell für Hypochondrie.

nannte Checking Behavior (Kontrollieren/ Absuchen des Körpers auf bestimmte Körpersymptome) direkt zu einer Verstärkung körperlicher Missempfindungen, da sich durch Schonung die körperliche Belastbarkeit vermindert und z. B. durch Abtasten des Körpers Schmerzen und Hautreaktionen entstehen. Weiteres Krankheitsverhalten, wie z. B. Arztbesuche und anderes Rückversichern dienen der kurzfristigen Beruhigung, die lerntheoretisch eine negative Verstärkung bedeutet. Aufgrund dessen erhöhen sich das Krankheitsverhalten und in der Regel auch die Krankheitsangst.

## Therapie

### Aufbau einer Therapiebeziehung

PatientInnen mit krankheitsbezogenen Ängsten gelten sowohl bei OrganmedizinerInnen als auch bei PsychotherapeutInnen als schwieriges Klientel. Von Krankheitsangst Betroffene machen häufig die Erfahrung, dass sie von ihrem sozialen Umfeld im Verlauf der Störung immer weniger ernst genommen werden.

» Herr B. leidet seit acht Jahren häufig unter Verstopfung, gelegentlich unter Durchfall sowie zunehmend unter Schmerzen in der Darmregion. Er befürchtet, Darmkrebs zu haben. Als sich die Symptomatik entwickelte, wurde er von seiner Internistin ausführlich untersucht, eine Darmspiegelung brachte keinen pathologischen Befund. Seine Ehefrau und Bekannte zeigten sich besorgt, standen für Beratungen zur Verfügung und nahmen ihm andere Verpflichtungen, so gut es ging, ab. Acht Jahre später haben sich die Symptome verstärkt, Herr B. ist gleichermaßen beunruhigt. Doch seine Ärztin untersucht ihn längst nicht mehr so lange und intensiv. Sein privates Umfeld bringt ihm deutlich weniger Verständnis entgegen, schließlich habe sich ja nichts gefunden, es ist kaum nachzuvollziehen, warum „es dann nicht wieder gut ist“. Herr B. entwickelt eine Fähigkeit, ÄrztInnen gegenüber insistierend und fordernd aufzutreten. Er teilt seiner Umwelt sein Leiden öfter und stärker mit, als diese es hören möchte. «

Beginnt ein Patient wie Herr B. dann eine Psychotherapie, hat er viele Jahre des Leidens unter Krankheitsängsten, diverse medizinische Untersuchungen, einige für ihn frustrierende Erfahrungen mit OrganmedizinerInnen hinter sich sowie oft die Idee entwickelt, dass ihn ohnehin niemand versteht.

Vermutlich liegt es daran, dass diese PatientInnen auch im therapeutischen Kontakt alles andere als unkompliziert sind. Es ist deshalb nicht selten, dass sich auf der Seite der PsychotherapeutInnen Ärger und Aggression, manchmal auch Hilflosigkeit, einstellen. Da krankheitsängstliche PatientInnen in ihren Erklärungsmodellen stark organmedizinisch orientiert sind und sich psychologischen Modellen gegenüber skeptisch zeigen, wäre auch ein Kränkungsgefühl nachvollziehbar. Um eigene negative Emotionen bestmöglich reflektieren und kontrollieren zu können, ist die Vergegenwärtigung der Leidensgeschichte der Patienten im o. g. Sinne umso wichtiger.

Es ist deshalb nicht selten, dass sich auf der Seite der PsychotherapeutInnen Ärger und Aggression, manchmal auch Hilflosigkeit, einstellen. Da krankheitsängstliche PatientInnen in ihren Erklärungsmodellen stark organmedizinisch orientiert sind und sich psychologischen Modellen gegenüber skeptisch zeigen, wäre auch ein Kränkungsgefühl nachvollziehbar. Um eigene negative Emotionen bestmöglich reflektieren und kontrollieren zu können, ist die Vergegenwärtigung der Leidensgeschichte der Patienten im o. g. Sinne umso wichtiger.

Berücksichtigt man dies, lässt sich in vielen Fällen eine tragfähige Beziehung herstellen. Besonders zu Beginn der Therapie können folgende Hinweise helfen:

- **Zum Umgang mit Körpersymptomen**
  - Körperliche Missempfindungen sollten ausführlich und respektvoll exploriert werden.
  - Hypothesen zu Verbindungen zwischen den Symptomen und möglichen psychologischen Auslösern sollten nicht zu früh aufgestellt werden.
  - Das Vorhandensein der Beschwerden sollte niemals angezweifelt werden.
- **Leidensdruck widerspiegeln**
  - PatientInnen haben oft die Erfahrung gemacht, nicht ernst genommen zu werden. Deshalb sollte zu Beginn viel Verständnis für die Belastung und Beeinträchtigung durch Krankheitsangst signalisiert werden.
- **Mangelnde intrinsische Motivation**
  - Oft wird eine Psychotherapie fremdmotiviert begonnen. Betroffene fühlen sich von ÄrztInnen oder Bekannten „hergeschickt“. Hier ist früh auszuloten, ob sich die PatientInnen auf eine Psychotherapie einlassen können.
  - Aufgaben des Erstgespräch sind deshalb hier besonders: Hoffnung machen, Kompetenz vermitteln, Informationen über therapeutisches Vorgehen und Ziele geben, evtl. eine Probezeit vereinbaren, in der PatientInnen prüfen können, ob die Behandlung das Richtige für sie ist.

In der Therapieeingangphase ist es unabdingbar, ausführlich auf die verschiedenen körperlichen Symptome einzugehen, damit sich die PatientInnen ernst genommen fühlen und man sie „dort abholt, wo sie stehen“. Diese Symptomorientierung birgt jedoch auch die Gefahr, dass sich Symptomschilderungen und Klageverhalten durch die Beachtung der TherapeutInnen verstärken können, weshalb nach den ersten Sitzungen andere Aspekte in den Mittelpunkt gerückt werden sollten, wie z. B. eigene Erklärungs- und Bewältigungsversuche der PatientInnen.

## Selbstbeobachtung

Ein wertvolles Instrument, um PatientInnen und TherapeutInnen Informationen über Auslöse- und Einflussfaktoren der körperlichen Symptome und Krankheitsängste zu liefern, stellen Tagebücher dar. Sie sollten zu Beginn der Therapie mindestens täglich bearbeitet und in jeder Sitzung besprochen werden. In solchen Tagebüchern können das Auftreten körperlicher Symptome mit ihrer Intensität, die spezifische Krankheitsbefürchtung, Antezedenzen sowie das darauf folgende Verhalten festgehalten werden. Ein Beispiel für ein solches Tagebuch ist bei Rief, Hiller und Heuser (1997) zu finden.

## Psychoedukation: „Symptom Amplifiers“

PatientInnen benötigen meist eine Reihe von Informationen dazu, wie körperliche Symptome anders als durch ernste Krankheiten entstehen können. Von Barsky und Ahern (2004) wurden Faktoren, die körperliche Symptome verstärken können, in Anlehnung an Barskys Konzept der somatosensorischen Verstärkung (s.o.) „Symptom Amplifiers“ genannt. Zwei typische sog. „Symptom Amplifiers“ werden im Folgenden genannt.

## Stress und Aktivierung des Sympathikus.

Die Funktionsweise des vegetativen Nervensystems, seine entwicklungsbiologische Bedeutung, typische Symptome der Aktivierung des Sympathikus sowie mögliche Auslöser sollten den PatientInnen möglichst bildlich erklärt werden. Hier ist zu betonen, dass intensive Emotionen, auch wenn sie nicht immer bewusst wahrgenommen werden, häufige Auslöser von Stressreaktionen sind. Um diese Informationen für PatientInnen erfahrbar zu machen, bieten sich Stressprovokationsübungen an. Eine ausgesprochen erfolgreiche Methode, um PatientInnen den Zusammenhang zwischen körperlichen Vorgängen und psychischen Prozessen (Gedanken und Gefühlen) zu verdeutlichen, ist das Biofeedback. Zu diesem Thema finden sich bei Nanke und Rief (2000) nähere Erläuterungen.

» Die 26-jährige Frau H. ist weitgehend überzeugt, eine Herzmuskelschwäche zu haben, da ihr Herz häufiger schneller schlägt, als es normal sei. Nach wenigen psychoedukativen Sitzungen konnte sie die Symptome auf eine Erhöhung der Sym-

pathikusaktivität attribuieren, die u.a. entsteht, wenn sie sich ausgeprägt über ihren Partner ärgert. «

**Aufmerksamkeitsfokussierung.** Anhand einer bildlichen Vorstellung, z.B. der Analogie zu einem Scheinwerfer, kann die Funktionsweise der Aufmerksamkeit leicht erläutert werden: Wo der „Aufmerksamkeitsscheinwerfer“ hinleuchtet, werden Dinge besonders intensiv wahrgenommen. Dies gilt auch für körperliche Missempfindungen, deren Wahrnehmung somit verstärkt wird. Als Folge entsteht bei krankheitsängstlichen PatientInnen in der Regel eine Hypervigilanz auf bestimmte Körperregionen oder z.T. den ganzen Körper. Die Folge dieser Hypervigilanz kann in Verhaltensexperimenten (z.B. intensive Konzentration auf einen Körperteil über 15 Minuten) konkret erfahrbar gemacht werden.

## Veränderung von krankheitsbezogenen Gedanken

Zentraler Baustein der Behandlung ist die Identifikation und Veränderung krankheitsbezogener Kognitionen. Folgende Leitfragen können zur ersten Exploration und Diskussion dienen:

- Welche Gründe sprechen dafür, dass Sie die befürchtete Krankheit haben?
- Welche Gründe können dagegen sprechen, dass Sie die Krankheit haben?
- Welche Ursachen können die körperlichen Symptome haben?
- Wie wahrscheinlich sind die verschiedenen Ursachen für körperliche Symptome?

Verwendet werden hierzu Strategien der kognitiven Umstrukturierung, die andernorts umfassend beschrieben wurden (Wilken 1998). Das erste Ziel der Veränderung der kognitiven Verknüpfung körperlicher Missempfindungen mit Krankheitsüberzeugungen ist die Flexibilisierung der Interpretation, d.h., auch wenn der Patient Herr F. (s.u.) weiterhin denkt, dass seine Magenschmerzen durch Magenkrebs verursacht werden, soll er nach (zunächst für ihn deutlich weniger wahrscheinlichen) alternativen Erklärungen suchen und diese immer wieder in ihrer Wahrscheinlichkeit bewerten. Um eine Umgewichtung der Wahrscheinlichkeiten zu erreichen, ist es gelegentlich sinnvoll, die genaue Vorstellung der Pa-

tientInnen von ihrem Körper und seinen Vorgängen detailliert zu explorieren.

» Herr F., der befürchtet, Magenkrebs zu haben, hat eine detaillierte Vorstellung eines blutigen Knotens in seinem Magen. Immer, wenn er an dieses Bild denkt, stellen sich Übelkeit und Magenschmerzen ein. In der Therapie wird diese Vorstellung infrage gestellt. «

## Veränderung des Krankheitsverhaltens

Krankheitsverhalten kann bei Krankheitsängstlichen verschiedene Formen annehmen. Die wichtigsten sind:

- Suche nach Rückversicherung (i.d.R. bei ÄrztInnen)
- Kontrolle des Körpers – Body-Checking (z.B. durch Abtasten von Körperregionen)
- Vermeidungsverhalten (z.B. Vermeidung von Krankenhäusern).

Für alle Arten von Krankheitsverhalten gilt im Wesentlichen das gleiche therapeutische Vorgehen: Erstes (und zumeist schwierigstes) Ziel ist das Zusammentragen von positiven und negativen Konsequenzen dieser Verhaltensweisen. PatientInnen fällt es meist nicht leicht, negative Aspekte der von ihnen oft sehr geschätzten Arztbesuche zu entdecken. Vor- und Nachteile sollten mit kleinen Hilfestellungen und ein wenig Geduld vonseiten der TherapeutInnen schriftlich zusammengetragen werden. Dieser Liste von Konsequenzen des Krankheitsverhaltens kann den positiven Konsequenzen meist eine kurzfristige, den negativen Konsequenzen eine langfristige Wirkung zugeordnet werden. An diesem Punkt können PatientInnen meist selbst die Schlussfolgerung entwickeln, dass das Krankheitsverhalten auf ein sinnvolles Maß reduziert werden soll. Gemeinsam können dann Strategien besprochen werden, wie dieses Ziel erreicht werden kann. Bezüglich der Arztbesuche ist den PatientInnen zu zeitkontingenten statt wie vormals symptom- oder angstkontingenten Konsultationen zu raten.

Fällt die Suche nach Nachteilen des Krankheitsverhaltens schwer, bietet sich die ausführliche Diskussion der Frage „Was muss passieren, damit Sie 100-prozentig sicher sind, die befürchtete Krankheit nicht zu haben?“ an.

## Fazit

PatientInnen mit der Angst oder Überzeugung, eine ernste Krankheit zu haben, sollte in der Therapieeingangphase besonderes Verständnis entgegengebracht werden. Zentrale Aufgabe der Therapie ist das Aufdecken und die Veränderung von Kognitionen, die sich auf die Bewertung körperlicher Symptome als Krankheitszeichen beziehen. Darüber hinaus sollten Stress und vegetatives Nervensystem, Aufmerksamkeitsfokussierung sowie Krankheitsverhalten thematisiert werden und Veränderungen in die Wege geleitet werden. Im Unterschied zu den bisherigen Annahmen der PatientInnen, dass eine einzige Erklärung die Symptome verursacht, zeigt die klinische Erfahrung, dass in der Regel eine Kombination verschiedener ätiologischer und aufrechterhaltender Faktoren eine Hypochondrie bedingt.

## Funktionalität

Die Rolle des sekundären Krankheitsgewinns wird konträr diskutiert (Warwick u. Salkovskis 1990). Auch wenn die Funktionalität nicht als ausschließliche Erklärung für Krankheitsangst herangezogen werden kann, spielt sie mitunter eine Rolle in der Aufrechterhaltung der Störung. Zum einen wurde berichtet, dass durch das Leiden an einer vermeintlichen Krankheit Zuwendung durch die Umwelt, mehr Liebe und das Gefühl, wertgeschätzt zu werden, erhalten werden (Lipsitt 2001). Weiterhin ist wie bei allen anderen Störungen die Vermeidung der Problemlösung psychosozialer Konflikte (z.B. am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft) ein möglicher aufrechterhaltender Faktor der Krankheitsangst.

## Therapieerfolgsstudien

Die wenigen veröffentlichten Therapieerfolgsstudien belegen gute bis sehr gute Erfolge von Behandlungen, die o.g. Strategien verwenden. In einem Überblicksartikel von 2002 konnten zur Hypochondrie lediglich vier Studien mit Kontrollgruppendesign zusammengetragen werden (Looper u. Kirmayer 2002). Zusammenfassend wurde dort eine hohe

Effektstärke (als standardisierter mittlerer Unterschied über die Zeit) im Zielmaß „Krankheitsangst“ von 1,43 berichtet. In einer neueren kontrollierten Untersuchung von Barsky und Ahern (2004) konnten mit  $n = 187$  mehr PatientInnen eingeschlossen werden, als in allen o.g. Studien zusammen. Hier werden für die Erfolgsmaße „Krankheitsangst“ und „Verbesserung sozialer Aktivitäten“ mittlere Effektstärken, jedoch keine Veränderung körperlicher Symptome dokumentiert. In einer Untersuchung von PatientInnen mit multiplen unklaren Körperbeschwerden und Hypochondrie konnten sowohl für die Verminderung der Körpersymptome als auch für die Reduktion von Arztbesuchen große Effektstärken dokumentiert werden (Bleichardt, Timmer u. Rief 2005).

## Zu den Autoren

## Gaby Bleichardt

Dr., Studium der Psychologie an den Universitäten Marburg, Wuppertal und Duisburg. Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an der Bayerischen Akademie für Psychotherapie in München, Approbation seit 2002. Promotion zum Thema Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen an der Philipps-Universität Marburg (2002). Tätigkeit im Gesundheitszentrum Mönchsee (Schwerpunkt Kardiologische Rehabilitation) sowie in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee (1998–2001). Seit 2001 Wissenschaftliche Assistentin in der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, dort auch stellvertretende Leiterin der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie.

Forschungsschwerpunkte: Somatoforme Störungen/Hypochondrie, allgemeine Aspekte von Behandlungserfolgen in der Verhaltenstherapie.



## Wolfgang Hiller

Prof. Dr., Studium der Psychologie an der Universität Göttingen, später wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (1984–1990), danach klinischer Psychologe und Leitender Diplom-Psychologe an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee (1990–1998). Seit 1998 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, dort Leiter des staatlich anerkannten Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie und der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie.



Forschungsschwerpunkte: Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen, chronischer Tinnitus, somatoforme Störungen.

## Korrespondenzanschrift:

Dr. Gaby Bleichardt  
Universität Mainz  
Abteilung Klinische Psychologie  
und Psychotherapie  
Staudinger Weg 9  
55099 Mainz

## Literatur

- 1 Asmundson GJG, Taylor S, Sevgru S, Cox BJ. Health Anxiety: Classification and clinical features. In: Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ (Hrsg): Health Anxiety. Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and related conditions. Chichester: Wiley & sons, 2001: 3–21
- 2 Barsky AJ, Ahern DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 291: 1464–1470
- 3 Barsky AJ. Patients who amplify bodily sensations. Ann Intern Med 1979; 91: 63–70
- 4 Barsky AJ, Frank C, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. Am J Psychiat 1991; 148: 923–928
- 5 Bleichardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German general population. Eingereicht
- 6 Bleichardt G, Timmer B, Rief W. Hypochondriasis among patients with multiple somatoform symptoms – psychopathology and outcome of a cognitive-behavioral therapy. J Contemp Psychother 2005; 35: 239–249
- 7 Creed F, Barsky AJ. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and

- hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004; 56: 391 – 408
- 8 Lipsitt DR. The patient-physician relationship in the treatment of hypochondriasis. In: Starcevic V, Lipsitt DR (Hrsg): *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady*. Oxford: University Press, 2001
  - 9 Lipsitt DR, Starcevic V. Epilogue. In: Starcevic V, Lipsitt DR (Hrsg): *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady*. Oxford: University Press, 2001
  - 10 Looper K, Kirmayer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70 (3): 810 – 827
  - 11 Nanke A, Rief W. BFB bei Somatisierungspatienten: Die Brücke zwischen organmedizinischem und psychosomatischem Krankheitsbild. In: Rief W, Birbaumer N (Hrsg): *Biofeedback-Therapie. Grundlagen, Indikation und praktisches Vorgehen*. Stuttgart: Schattauer, 2000
  - 12 Noyes R. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiat* 1999; 21: 8 – 17
  - 13 Rief W, Hiller W, Heuser J. *SOMS. Screening für somatoforme Störungen*. Göttingen: Hogrefe-Testzentrale, 1997
  - 14 Salkovskis PM, Clark DM. Panic disorder and hypochondriasis. *Adv Behav Res Ther* 1993; 15: 23 – 48
  - 15 Warwick HW, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1990; 28: 105 – 117
  - 16 Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: John Wiley, 1997
  - 17 Wilken B. *Methoden der kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer, 1998
  - 18 Wolpe J. Individualisation: the categorical imperative of behaviour therapy practice. *J Behav Ther Exp Psy* 1986; 17: 145 – 153