

KRANKHEITSANGST BEI PATIENTEN IN AMBULANTER VERHALTENSTHERAPIE: PSYCHOPATHOLOGIE, MEDIZINISCHE INANSPRUCHNAHME UND MEDIENNUTZUNG

GABY BLEICHHARDT & WOLFGANG HILLER

Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

ZUSAMMENFASSUNG: Ziel der Studie ist die Bestimmung von Prävalenz und Charakteristika von Hypochondrie und Krankheitsangst im Setting der ambulanten Psychotherapie. 114 Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz wurden mittels Illness Attitude Scales (IAS) einem Vorscreening unterzogen. Anhand des IAS wurden dann Patienten mit hoher und niedriger Krankheitsangst (HKÄ; N = 27 und NKÄ; N = 33) ausgewählt und mit einem Interview zu Krankheitsverhalten befragt. Zu Therapiebeginn und -ende wurde der Brief Symptom Inventory (BSI) erhoben, die Diagnose psychischer Störungen erfolgte nach DSM-IV anhand IDCL sowie SKID-II. 31% der Gesamtstichprobe leiden unter erhöhter Krankheitsangst, die Diagnose Hypochondrie trat jedoch nur bei 1.8% auf. HKÄ unterscheiden sich deutlich im Ausmaß psychopathologischer Beeinträchtigung (GSI des BSI) vor und nach der Therapie. Im Jahr vor der Untersuchung waren HKÄ durchschnittlich 24 Mal beim Arzt, NKÄ nur 11 Mal. Die meistbefürchtete Krankheit ist Krebs. HKÄ beschäftigen sich länger mit Krankheiten über die Medien, geben jedoch auch häufiger an, dieses zu vermeiden. Die Ergebnisse weisen auf die erhebliche Bedeutung von Krankheitsangst unterhalb der Diagnoseschwelle hin, wissenschaftliche, therapeutische und gesundheitspolitische Implikationen werden diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Hypochondrie, Krankheitsangst, health anxiety, Krankheitsverhalten, Arztkonsultationen, Medien

PATHOLOGICAL FEATURES, MEDICAL CONSULTING BEHAVIOUR AND MEDIA CONSUME IN OUTPATIENTS WITH HEALTH ANXIETY

ABSTRACT: The overall aim of the study is to determine the prevalence and the characteristic features of hypochondriasis and health anxiety in an outpatient setting of behaviour therapy. At first, 114 patients of a German outpatient clinic („Hochschulambulanz“) were screened by the Illness Attitude Scales (IAS). By this,

high (N=27) and low health anxious (N=33) patients were identified and further assessed by an interview on abnormal illness behaviour. Also, the Brief Symptom Inventory (BSI) was given at beginning and end of therapy. Diagnoses pertaining to DSM-IV criteria were made by structured interviews (IDCL and SKID-II). 31% of the total sample suffered from substantial health anxiety, but only 1.8% had a DSM-IV hypochondriasis. High health anxious patients had a much higher global psychopathologic impairment (GSI) before and also after therapy. In the year before assessment, high health anxious subjects have been to the doctor 24 times (compared to 11 times for the low health anxious subjects). Cancer was the most frequent illness patients had fear of. High health anxious patients were occupied longer with illness topics by mass media. In contrast, they also admitted to avoid this kind of occupation. These results underline the importance of health anxiety even below the hypochondriasis threshold. Scientific, therapeutic and health economic implications are discussed.

KEY WORDS: Hypochondriasis, health anxiety, illness worries, abnormal illness behaviour, mass media, visits to the doctor

THEORETISCHER HINTERGRUND

Das Konstrukt der Krankheitsangst, wie es hier verwendet ist, basiert auf dem im Englischen invers formulierten Konzept der „Health Anxiety“. In der gegenwärtigen Literatur wird Krankheitsangst bzw. Health Anxiety verstanden als „gesundheitsbezogene Ängste und Überzeugungen, die auf der Missinterpretation körperlicher Zeichen und Symptome als Indikatoren einer schwerwiegenden Erkrankung basieren“ (Asmundson et al., 2001, S. 4). Dies ist gleichzeitig das zentrale Kriterium der Hypochondrie. Während Hypochondrie eine diagnostische Kategorie definiert, bezieht sich Krankheitsangst auf ein Kontinuum, an dessen extremem Ende die Hypochondrie anzusiedeln ist (Asmundson et al., 2001).

Die Prävalenz der Hypochondrie ist gegenwärtig noch nicht ausreichend geklärt (Creed & Barsky, 2004). Derzeit sind drei Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung bekannt, in denen zur Diagnostik klinische Interviews herange-

zogen wurden. Die Prävalenzrate variiert hier von 0.02% (Looper & Kirmayer, 2001) über 4.5% (Faravelli et al., 1997) bis zu 7.7% (Noyes et al., 1999). In der deutschen Allgemeinbevölkerung wurde von Bleichhardt & Hiller (eingereicht) eine Prävalenz von 0.6% für Hypochondrie nach DSM-IV (Screening-Diagnosen) sowie eine Prävalenz von 6.7% für eine erhöhte Krankheitsangst festgestellt. Zur Auftretenshäufigkeit von Hypochondrie in der Population ambulanter Psychotherapiepatienten fehlen bisher zuverlässige Untersuchungen. Bei stationären Psychosomatik-Patienten mit somatoformen Beschwerden wurde bei 5.6% (Hiller et al., 2004) bzw. 14.1% (Bleichhardt et al., 2005) eine komorbide Hypochondrie diagnostiziert. In einer großen deutschen Hochschulambulanz tritt Hypochondrie bei ein bis zwei Prozent der Patienten auf (Jahresberichte der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie, 2001/2002; 2003; 2004). Ein Ziel der Studie soll es sein, die Prävalenzrate für Hypochondrie und hohe Krankheitsangst zu bestimmen.

Ein wichtiges Merkmal von Hypochondrie und hoher Krankheitsangst ist die Konsultation von Ärzten. Im Modell von Warwick & Salkovskis (2001) wird dieses Verhalten als „safety-seeking behaviour“ angenommen, welches einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der Krankheitsangst liefert. Die Autoren vermuten, dass krankheitsängstliche Patienten ihre Krankheitsangst kurzfristig zu reduzieren wissen, indem sie zu einem Arzt gehen und sich untersuchen lassen. Bekommen sie danach mitgeteilt, dass sie die befürchtete Krankheit nicht haben, fühlen sie sich ausgesprochen erleichtert. Somit wird der Arztbesuch negativ verstärkt und in Zukunft in der Regel immer häufiger wiederholt. Es wird vermutet, dass dies zudem einen aufrechterhaltenden Effekt auf die Krankheitsangst hat, da Aufmerksamkeit und gedankliche Beschäftigung weiter um die betreffende Krankheit kreisen und sich die Fähigkeit zur Selbstberuhigung weiter vermindert.

Dass das Leiden unter unklaren körperlichen Beschwerden zu einer erhöhten Belastung des Gesundheitssystems führt, ist gut untersucht und belegt (z. B. Hiller et al., 2004; Reid et al., 2002). Allerdings liegen unklare körperliche Beschwerden nicht nur bei hypochondrischen Patienten vor, die zum Arzt gehen, um mitgeteilt zu bekommen, dass sie gesund sind, sondern auch bei solchen, die vom Arzt eine Diagnose und Behandlung erhoffen, wie es bei den klassischen somatoformen Störungen (z. B. Somatisierungsstörung) der Fall ist. Gesundheitsökonomische Untersuchungen bei hypochondrischen Stichproben sind selten. Barsky et al. (2001) untersuchten Patienten einer medizinischen Klinik mit erhöhten Fragebogenwerten für Hypochondrie und fanden im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht-hypochondrischer Patienten um das 1.4-

fache erhöhte medizinische Behandlungskosten sowie 9.2 Arztbesuche im vorausgegangenen Jahr (im Vergleich zu 6.3 Arztbesuchen der Kontrollgruppe). In der folgenden Studie soll Vergleichbares für eine deutsche Stichprobe überprüft werden.

Insbesondere in der Populärpresse finden sich Schilderungen von immens steigenden Arztbesuchen, nachdem über eine bisher wenig bekannte, aber bedrohliche Erkrankung berichtet wurde oder eine berühmte Persönlichkeit an einer bestimmten Erkrankung verstorben ist. Der Wissenschaft ist es bisher nicht ausreichend gelungen, dieses Phänomen handhabbar zu machen. Der Einfluss Angst machender Medienberichte über Krankheiten auf vulnerable, d.h. hoch krankheitsängstliche Personen, besitzt eine hohe Plausibilität. Umgekehrt ist aber auch denkbar, dass die Beschäftigung mit Krankheitsthemen durch die Medien ein Teil des oben angesprochenen sicherheitssuchenden Verhaltens sein könnte: Die Patienten recherchieren in den Medien, um zu prüfen, ob ihre körperlichen Symptome typisch für die von ihnen befürchtete Krankheit sind. Hier soll die Beschäftigung mit Krankheitsthemen in den Medien bei hoch und niedrig Krankheitsängstlichen verglichen werden, um Hinweise auf die Wirkung dieser Verhaltensweisen zu erhalten.

METHODE

SETTING

Die Datenerhebung erfolgte in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie am Psychologischen Institut der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. 92% der Patienten in der Hauptuntersuchung stammen aus der Ausbil-

dungsambulanz, die den Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung die sog. Praktische Ausbildung ermöglicht (Luka-Krausgrill & Hiller, 2001). Die Therapien in der Ausbildungsambulanz werden engmaschig supervidiert (Hiller & Bleichhardt, 2004). Der kleinere Teil der Patienten (8%) wurde von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten über die Hochschulambulanz für Forschung und Lehre rekrutiert. Beide Ambulanzen sind Teil des gesetzlichen Gesundheitssystems.

ABLAUF

Vorscreening: Alle mit einer Kurzuntersuchung einverstandenen Patienten durchliefen zu einem festen Zeitpunkt unabhängig vom Therapieverlauf ein Screening mittels *Illness Attitude Scales*. Insgesamt konnten hier $N = 114$ Personen untersucht werden. Aus dieser Stichprobe wurden zwei Gruppen ausgewählt: *Gruppe HKÄ:* Patienten wurden dann als hoch krankheitsängstlich (HKÄ) eingestuft, wenn sie im IAS einen Gesamtwert von mindestens 41 hatten. Dieser Grenzwert wird von den Testautoren nach Trennschärfeanalysen als Cut-Off für einen Verdacht auf Hypochondrie bestimmt. *Gruppe NKÄ:* Patienten wurden der Gruppe der niedrig Krankheitsängstlichen (NKÄ) zugeordnet, wenn Sie einen Gesamtwert von höchstens 24 erhielten. In einer repräsentativen Untersuchung an 1575 Personen der deutschen Bevölkerung (Bleichhardt & Hiller, eingereicht) wurde ein Mittelwert der Gesamtstichprobe von $M = 23.71$ ($SD = 12.44$) festgestellt, so dass das Auswahlkriterium für NKÄ dem Mittelwert der deutschen Bevölkerung entspricht. Die Anteile der HKÄ und NKÄ in der Gesamtstichprobe finden sich im Ergebnisteil.

Hauptuntersuchung: Von den insgesamt 80 Patienten, die die Cut-Off-Kriterien erfüllten, konnten $N=60$ (75%) für die Hauptuntersuchung gewonnen werden. Vollständige Verlaufsdaten liegen für 56 Patienten vor.

INSTRUMENTE

Illness Attitude Scales (IAS): Die IAS wurde ursprünglich von Kellner (1981) entwickelt, um psychopathologische Auffälligkeiten bei Hypochondrie und abnormes Krankheitsverhalten zu messen. Der Fragebogen umfasst 27 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „nein“ bis „meistens“ beantwortet werden. Zwei weitere Items sind offene Fragen. Neuere Analysen der Skalenstruktur (Speckens et al., 1996; Hiller et al., 2002) liefern übereinstimmend eine 2-Faktoren-Struktur mit den beiden Unterskalen „Krankheitsangst“ und „Krankheitsverhalten“. Sensitivitäts- und Spezifitätsanalysen erbrachten einen optimalen Cut-Off des Gesamtwertes von 45, der mit einer Sensitivität von 72% und einer Spezifität von 79% zwischen Patienten mit Hypochondrie und klinischen Kontrollpersonen differenziert (Hiller et al., 2002). Hier wurde die deutsche Testadaptation verwendet (Hiller & Rief, 2004).

Brief Symptom Index (BSI): Der BSI (Derogatis, 1993) ist eine Kurzform der international weit verbreiteten SCL-90-R. Er erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome mittels 53 Items. Der hier verwendete globale Kennwert Global Severity Index (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung und wird als Mittelwert über alle Items berechnet. Es wurde die deutsche Adaptation von Franke (2000) verwendet.

Diagnostik psychischer Störungen: Die Diagnostik erfolgte mittels Inter-

views gemäß DSM-IV. Achse-I-Störungen wurden mittels halbstrukturierter Interviews anhand der Internationalen Diagnose-Checklisten (Hiller et al., 1993) diagnostiziert. Die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen erfolgte bei positivem Vorscreening des SKID-II-Fragebogens mittels strukturiertem SKID-II-Interview (Wittchen et al., 1997).

Interview zum Krankheitsverhalten: Das Interview zum Krankheitsverhalten wurde von der Erstautorin entwickelt. Es umfasst u.a. die Häufigkeit von Arztbesuchen aufgeteilt nach Facharzttrichtungen in den vergangenen 12 Monaten. Das Instrument hat sich bereits in anderen Untersuchungen bewährt (Bleichardt et al., 2004; Bleichardt et al., 2005). Für die vorliegende Untersuchung wurden Fragen zur Mediennutzung ergänzt.

Anamnesebogen: Der Anamnesebogen wurde ambulanzzintern entwickelt und wird dort seit 2003 in dieser Form verwendet. Der Patient füllt den Fragebogen noch vor dem Erstgespräch aus. Die soziodemographischen Informationen der vorliegenden Untersuchung stammen aus dem Anamnesebogen.

STATISTISCHE AUSWERTUNG

Die Auswertung erfolgte mit dem Datenverarbeitungspaket SPSS 12.0. Zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden wurden t-Tests für unabhängige Stichproben sowie Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Die klinische Signifikanz von Mittelwertsunterschieden wurde mit der Effektstärke d nach Cohen (1988) berechnet. Häufigkeitsunterschiede wurden mittels Chi²-Tests, Zusammenhänge mit Korrelationstests nach Pearson überprüft.

ERGEBNISSE

Vorscreening: Untersuchung an der Gesamtstichprobe ambulanter Patienten

In der Gesamtstichprobe von 114 fand sich ein Gesamtmittelwert im IAS von $M = 31.94$, $SD = 17.88$. Gemäß der im Methodenteil beschriebenen Auswahlkriterien wurden davon $N = 35$ Patienten (30.7%) als auffallend hoch krankheitsängstlich (HKÄ) und $N = 45$ Patienten (38.6%) als niedrig krankheitsängstlich (NKÄ) eingestuft. Den Cut-Off-Wert nach Hiller et al. (2002) erreichten 22 Patienten (19.3%).

Vergleich hoch und niedrig Krankheitsängstlicher bzgl. Soziodemographie, Psychopathologie und Therapieerfolg

Tabelle 1 stellt die Ergebnisse zum Vergleich der beiden Gruppen bzgl. Alter, Geschlecht, Bildungsgrad, Partnerschaftsstatus sowie die durchschnittliche Therapiedauer bis zum Messzeitpunkt dar. Es finden sich keine signifikanten Unterschiede.

In Tabelle 2 werden die diagnostizierten psychischen Störungen sowie die Komorbidität verglichen. Etwa die Hälfte der untersuchten Patienten leidet unter mehr als einer psychischen Störung. Durchschnittlich wurden in der HKÄ-Gruppe 2.2 Störungen, in der NKÄ-Gruppe 1.7 Störungen diagnostiziert, tendenziell findet sich ein Unterschied. Die häufigste Störung kommt für beide Untersuchungsgruppen aus der Gruppe der affektiven Störungen. 26% der HKÄ haben eine somatoforme Störung (im Vergleich zu 6% der NKÄ; tendenzieller Unterschied bei $p = .065$). Lediglich zwei Patienten der HKÄ-Gruppe erfüllten die diagnostischen Kriterien für eine Hypochondrie. Niedrig Krankheitsängstlichen wurde häufiger eine Essstörung diagnostiziert.

Tabelle 1: Vergleich hoch und niedrig Krankheitsängstlicher bzgl. soziodemographischer Variablen

	HKÄ N = 27	NKÄ N = 33	Teststatistiken
Alter	M = 35.3 (SD = 10.48)	M = 34.3 (SD = 10.96)	t = 0.3 n.s.
Geschlecht (weiblich)	66.7%	56.1%	Chi ² = 0.5 n.s.
Bildung (Abitur)	33.3%	54.4%	Chi ² = 2.7 n.s.
feste Partnerschaft	51.9%	51.5%	Chi ² < 0.1 n.s.
Anzahl therapeutischer Sitzungen bis zum Messzeitpunkt	M = 23.8 (SD = 17.7)	M = 19.8 (SD = 16.5)	t = 0.9 n.s.

HKÄ: hoch Krankheitsängstliche; NKÄ: niedrig Krankheitsängstliche

Tabelle 2: Vergleich der Diagnosen hoch und niedrig Krankheitsängstlicher in Prozent

	HKÄ N = 27	NKÄ N = 33	Teststatistiken
somatoforme Störungen	25.9	6.1	Chi ² = 4.6, p = .065
- davon Hypochondrie	7.4	0	n.s.
affektive Störungen	66.7	75.8	n.s.
Angststörungen	59.3	39.4	n.s.
- davon Panikstörung	29.6	12.1	n.s.
substanzbezogene Störungen	14.8	6.1	n.s.
Essstörungen	0	18.2	Chi ² = 5.5, p = .028
Persönlichkeitsstörungen	25.9	21.2	n.s.
Pat. mit Komorbidität	63.0	45.5	n.s.
durchschnittliche Anzahl psychischer Störungen	2.15 (.99)	1.73 (.94)	t = 1.7, p = .098

HKÄ: hoch Krankheitsängstliche; NKÄ: niedrig Krankheitsängstliche

Den Gruppenvergleich bzgl. des GSI-Wertes gibt Tabelle 3 an. Für die allgemeine psychopathologische Belastung ergibt sich, dass hoch Krankheitsängstliche zu Therapiebeginn stärker beeinträchtigt sind. Die Reduktion der Werte im Therapieverlauf ist hoch signifikant, es findet sich jedoch kein differentieller Interaktionseffekt. Die allgemeine psychopathologische Beeinträchtigung ist bei hoch Krankheitsängstlichen um mehr als eine Standardabweichung höher als bei niedrig Krankheitsängstlichen ($d = 1.05$).

Vergleich hoch und niedrig Krankheitsängstlicher bzgl. Krankheitsverhalten

Mit 24 Arztbesuchen im vorausgegangenen Jahr gingen hoch Krankheitsängstliche mehr als doppelt so häufig zum Arzt wie niedrig Krankheitsängstliche, die 11 Arztbesuche angaben (s. Tabelle 4). HKÄ hatten in dem Zeitraum durchschnittlich 6 Facharzttrichtungen (im Vergleich zu 4 Facharzttrichtungen bei NKÄ) konsultiert. Hoch Krankheitsängstliche hatten sich in der vorausgegangenen Woche durchschnittlich 1

Tabelle 3: *Ergebnis der Varianzanalyse mit Messwiederholung: GSI des BSI im Therapieverlauf*

	Beginn M (SD)	Ende M (SD)	Haupteffekt Zeit	Haupteffekt Gruppe	d Zeit	d Gruppe zu Beginn
HKÄ N = 26	1.24 (.72)	.97 (.71)	F = 34.3 p < .001	F = 23.5 p < .001	.37	1.05
NKÄ N = 30	.60 (.47)	.25 (.25)			.94	

Ein Interaktionseffekt wurde nicht signifikant, der F-Wert lag bei 0.6. HKÄ: hoch Krankheitsängstliche; NKÄ: niedrig Krankheitsängstliche; d: Effektstärken als Cohen's d

Tabelle 4: *Vergleich hoch und niedrig Krankheitsängstlicher bzgl. Krankheitsverhalten*

	HKÄ N = 27 M (SD)	NKÄ N = 33 M (SD)	Test- statistiken	Odds Ratios
Summe der Arztbesuche im letzten Jahr	23.52 (18.44)	10.91 (6.32)	t = 3.4 p = .002	2.16
Anzahl besuchter Facharzttrichtungen	5.93 (2.89)	4.21 (1.78)	t = 2.8 p = .007	1.41
Stunden Mediennutzung bzgl. Krankheiten pro Woche	1.25 (2.00)	.31 (1.03)	t = 2.2 p = .033	4.03
Vermeiden Sie die Beschäftigung mit Krankheiten in den Medien?	40.7%	9.1%	Chi ² = 8.3 p = .006	4.47

Stunde und 15 Minuten über die Medien mit Krankheiten beschäftigt, niedrig Krankheitsängstliche demgegenüber nur 19 Minuten. Interessanterweise geben 41% der hoch Krankheitsängstlichen (und 9% der NKÄ) an, Krankheitsthemen in den Medien zu vermeiden. Alle bisher im Abschnitt genannten Unterschiede sind signifikant. Zwischen der Zeitdauer der Mediennutzung und der Vermeidung derselben gibt es keinerlei signifikanten Zusammenhang ($r = .06$, n.s.).

Welche Krankheiten befürchten hoch Krankheitsängstliche zu haben?

Patienten konnten bis zu 3 befürchtete Krankheiten angeben. 10 Patienten nannten nur eine Krankheit, 2 Patienten nannten 2 Krankheiten, 8 Patienten nannten drei Krankheiten. Insgesamt wurden 40 Äußerungen festgehalten, die in alphabetischer Reihenfolge in Tabelle 5 aufgeführt werden. Fasst man die Äußerungen zusammen, wurden von 11 Patienten (40.7%) 12-mal Krebserkrankungen genannt, zudem nannten 3 Patienten Gehirntumor. Kardiovaskuläre Krankheiten oder Ereignisse wurden 12-mal von 10 Patienten genannt. Hier ist zu beachten, dass 4 Patienten streng genommen keine Krankheiten, sondern Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall) befürchteten, 6 Patienten gaben Krankheiten (Thrombosen, Herzerkrankung) an. Neurologische Erkrankungen wurden 5-mal von 4 Patienten genannt.

Fünf Patienten konnten im Interview keine Krankheit angeben, die sie befürchteten zu haben (18.5%). Von diesen gaben vier an, in der Vorgeschichte unter der Angst vor ernsthaften Krankheiten gelitten zu haben (Brustkrebs, Morbus Crohn, Herzfehler und Herzerkrankung). Keiner der Patienten litt unter einer Panikstörung, die Hauptdiagnosen waren Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung, Spezifi-

sche (Hunde-)Phobie, Agoraphobie ohne Panikstörung und Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und selbstunsicheren Anteilen. Bei keinem der Patienten war eine lebensbedrohliche Krankheit diagnostiziert worden: Ein Patient gab eine entzündete Speiseröhre an, ein anderer Hypertonie, eine andere Patientin Arthrose.

Tabelle 5: *Krankheiten, die hoch Krankheitsängstliche befürchten zu haben (alphabetische Reihenfolge)*

Alzheimer (2 Nennungen)
Asthma (2 Nennungen)
Brustkrebs
Creuzfeldt-Jakob
Darmkrebs
Gebärmutterhalskrebs
Gehirntumor (3 Nennungen)
Herzinfarkt (4 Nennungen)
Herzkrankheit (2 Nennungen)
Herz-Kreislauf-Krankheit
Krebs (6 Nennungen)
Leberzirrhose
Lungenkrebs
Magen-Darm-Krebs
Medikamentenschock
Myasthenia gravis (neuromuskuläre Erkrankung)
Nervenerkrankung allgemein
SARS
Schilddrüsenkrebs
Schlaganfall (2 Nennungen)
Schwermetallvergiftung
Thrombose (4 Nennungen)
Tumor

DISKUSSION

Bevor die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert werden, sollen zunächst zwei kritische Aspekte der vorliegenden Untersuchung diskutiert werden. Erstens fand aus organisatorischen Gründen die Befragung mit IAS und Interview zum Krankheitsverhalten in einem umgrenzten Zeitabschnitt statt. Dies bedeutet, dass der Erhebungszeitpunkt im individuellen Therapieverlauf variiert. Idealerweise hätte die Erhebung bei jedem Patienten zu Therapiebeginn stattfinden sollen, da dann noch keine therapeutische Verbesserung der Krankheitsangst erreicht worden wäre. Da nur in zwei Fällen eine Hypochondrie diagnostiziert wurde, ist allerdings ohnehin zu vermuten, dass Krankheitsangst in der Therapie nicht im Vordergrund stand. Therapieinduzierte Veränderungen dürften sich deshalb in Grenzen halten. Zweitens sollte diskutiert werden, wie valide das Konstrukt der Krankheitsangst gemessen worden ist. Zur Beurteilung wurde das Selbstbeurteilungsinstrument, die Illness Attitude Scales, herangezogen. Die Validität der IAS wurde sowohl von den deutschen Testautoren als auch von einer Vielzahl internationaler Wissenschaftler belegt (vgl. Hiller & Rief, 2004). Auch lässt sich anführen, dass es durch die Methodik gelungen ist, eine psychopathologisch stark beeinträchtigte Patientengruppe mit ausgeprägtem Krankheitsverhalten auszuwählen. Außerdem waren somatoforme Störungen bei mehr als einem Viertel der hoch Krankheitsängstlichen und tendenziell häufiger als bei niedrig Krankheitsängstlichen vorhanden. Auf die Frage, welche Krankheit die Patienten befürchten zu haben, gab die überwiegende Mehrheit (81%) eine sinnvolle Antwort, d.h., eine ernsthafte Krankheit an. Bei weiteren 15% wurde die Angst

vor einer ernsthaften Krankheit in der Vorgeschichte angegeben. Es lässt sich also annehmen, dass das Konstrukt der Krankheitsangst valide gemessen wurde.

In dem genannten Setting einer verhaltenstherapeutischen Ambulanz lag bei knapp einem Drittel der Patienten (31%) auffällige Krankheitsangst vor. Dies ist deutlich höher als bisher bekannte Prävalenzraten für Hypochondrie in der Allgemeinbevölkerung oder in der Allgemeinarztversorgung (Creed & Barsky, 2004). Lediglich zwei Patienten dieser Gruppe konnte eine Hypochondrie diagnostiziert werden (1.8% der Gesamtgruppe). HKÄ wiesen jedoch eine deutlich höhere allgemeine psychopathologische Belastung (gemessen mit dem GSI des BSI) auf. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Krankheitsangst mit einer starken Beeinträchtigung einhergeht, auch wenn das Vollbild der Hypochondrie nicht erreicht ist. Für die Psychotherapie bedeutet dies, Wert auf die Diagnostik und Behandlung der Angst vor ernsthaften Krankheiten zu legen. Für die Wissenschaft lässt sich schlussfolgern, dass die vorliegende Untersuchung einen weiteren Beleg gegen die Kriterien der gegenwärtigen Klassifikationssysteme liefert. So wurde von Gureje et al. (1997) nach Auswertung der länderübergreifenden WHO-Studie zur psychischen Gesundheit vorgeschlagen, die Kriterien für eine Hypochondrie zu lockern. Verschiedene Forscher verwendeten hinfür Kriterien einer „abridged hypochondriasis“ (z. B. Looper & Kirmayer, 2001; Garcia-Campayo et al., 1998; Simon et al., 2001). Als wesentliche Maßnahmen zur Herabsetzung der diagnostischen Schwelle sollten das Kriterium B (Krankheitsangst bleibt trotz medizinischer Rückversicherung bestehen; zur Kritik s. auch Gureje et al., 1997) eliminiert, das Kriterium E (Mindestdauer 6 Monate)

gelockert werden. Ein zusätzlicher Kritikpunkt macht sich speziell an ICD-10 fest: Hier besagt Kriterium A, dass die Angst vor nicht mehr als zwei Krankheiten bestehen darf. Das klinische Bild dieser ambulanten Psychotherapiepopulation zeigt, dass ein Drittel der hoch Krankheitsängstlichen unter mindestens drei Krankheitsbefürchtungen leidet. Bei keiner dieser Personen wurde eine psychische Störung diagnostiziert.

Hoch und niedrig Krankheitsängstliche waren vergleichbar hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung und Partnerschaftsstatus. Bezüglich des Therapieerfolges lässt sich sagen, dass die Verminderung der psychopathologischen Belastung im Therapieverlauf vergleichbar ausgeprägt ist. Jedoch erreichen hoch Krankheitsängstliche längst nicht das Niveau der niedrig Krankheitsängstlichen, ihr Mittelwert liegt zum Therapieabschluss mehr als eine Standardabweichung über dem der NKÄ-Gruppe. Möglicherweise hätte eine therapeutische Bearbeitung der Krankheitsangst zu einer weiteren Verbesserung geführt. In der Regel ist dies nicht der Fall, da sich die verhaltenstherapeutische Behandlung stark auf die diagnostizierten psychischen Störungen beschränkt.

Im Jahr vor der Befragung haben hoch Krankheitsängstliche 24-mal 6 verschiedene Facharzttrichtungen aufgesucht. NKÄ gaben 11 Arztbesuche bei 4 Facharzttrichtungen an. Der durchschnittliche Bundesbürger geht 9-mal im Jahr zum Arzt (Schneider et al., 2004). Die Ergebnisse stützen die schon von Barsky et al. (2001) belegte hohe gesundheitsökonomische Belastung durch hypochondrische Patienten.

Bezüglich der Mediennutzung finden sich Ergebnisse, die auf den ersten Blick paradox anmuten: HKÄ beschäftigen sich länger mit Krankheit in den Medien, sie geben aber auch häufiger an, dieses

zu vermeiden. Steigert die Beschäftigung mit Krankheit nun die Angst oder ist sie vielmehr als sicherheitssuchendes Verhalten zu sehen, bei dem die Patienten Belege dagegen suchen, dass sie die befürchtete Krankheit haben? Möglicherweise trifft beides zu. Nach eigener klinischer Erfahrung berichten Patienten häufig, sich über Internet, Bücher und TV Informationen zu suchen, die sie beruhigen sollen. Oftmals finden sie dabei jedoch verunsichernde Informationen, die die Angst steigern, und die Beschäftigung wird abgebrochen. In Folgestudien sollte der Prozess der Beschäftigung mit Krankheiten über die Medien näher untersucht werden.

Welche Krankheiten befürchten hypochondrische Patienten in erster Linie? Eindeutig an der ersten Stelle stehen Krebserkrankungen, die von 41% der HKÄ genannt wurden. Am zweithäufigsten wurden kardiovaskuläre Erkrankungen befürchtet, und an dritter Stelle stehen verschiedene neurologische Erkrankungen (Alzheimer, Creutzfeld-Jacob, Myasthenia gravis, neurologische Krankheiten allgemein). Therapeutisch relevant ist die Frage, welche antizipierte Katastrophe hinter solchen Krankheitsbefürchtungen steht. Bei Krebs- und Herz/Kreislauf-Erkrankungen dürfte dies zumeist der vorzeitige Tod sein. Die Behandlung der Angst vor dem Tod ist zentraler Baustein der kognitiv-behavioralen Therapie für ausgeprägte Krankheitsssorgen von Furer et al. (2001). Hier werden Expositionen mit todesbezogenen Themen (z. B. durch Schreiben eines eigenen Nachrufs, Besuch eines Friedhofs) therapeutisch angeleitet und durchgeführt. Erste Evaluationsdaten des Programms sind viel versprechend (Furer et al., 2001), die Publikation einer kontrollierten Therapiestudie ist angekündigt. Ein ähnliches Therapieprogramm wird derzeit von unserer Arbeitsgrup-

pe an der Universität Mainz durchgeführt.

Die vorliegende Studie weist auf die Bedeutsamkeit der Krankheitsangst auch im subklinischen Bereich hin. Etwa ein Drittel ambulanter Psychotherapiepatienten leidet ernst zu nehmend unter Ängsten vor schlimmen Krankheiten, auch wenn bei ihnen keine Hypochondrie, oft nicht einmal eine somatoforme Störung, diagnostiziert wird. Bei dieser Subgruppe handelt es sich um ein stark beeinträchtigtes Klientel, welches mit durchschnittlich zwei monatlichen Arztbesuchen eine erhebliche gesundheitsökonomische Belastung darstellt. Die Ergebnisse bedeuten, dass in Zukunft wissenschaftlich und therapeutisch größeres Augenmerk auf die Krankheitsangst gelenkt werden sollte. Fragen wie „Leiden Sie unter der Angst, dass Sie eine schlimme Krankheit haben könnten?“ sollten in Standard-Anamnesen von Psychotherapeuten eingefügt werden. Für die Wissenschaft bringt die Untersuchung zum einen Hinweise auf eine widersprüchliche Nutzung von Medieninformationen über Krankheiten, die weiter untersucht werden sollte. Zum anderen finden sich hier Belege zu der bereits von anderen Wissenschaftlern geforderten Veränderung der diagnostischen Kriterien der Hypochondrie und einer Anpassung derselben an das klinische Bild.

LITERATUR

- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Sevgur, S. & Cox, B. J. (2001). Health Anxiety: Classification and clinical features. In Asmundson, G. J. G., Taylor, S. & Cox, B. J. (eds.), *Health Anxiety. Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and related conditions* (pp. 3-21). Chichester: Wiley & sons.
- Bleichhardt, G. & Hiller, W. (eingereicht). Hypochondriasis and health anxiety in the German general population.
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2004). Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms – a randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 449 – 454.
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2005). Hypochondriasis among patients with multiple somatoform symptoms – psychopathology and outcome of a cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 239-249.
- Barsky, A. J., Ettner, S. L., Horsky, J. & Bates, D. W. (2001). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Medical Care*, 39, 705-715.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Creed, F. & Barsky, A. J. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391–408.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring, and procedures manual, third edition*. Minneapolis: National Computer Services.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C., & Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24-29.
- Franke, G. H. (2000). Kurzform der SCL-90-R. *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Furer, P., Walker, J. R. & Freeston, M. H. (2001). Approach to integrated cognitive-behavior therapy for intense illness worries. In Asmundson, G. J. G., Taylor, S. &

- Cox, B. J. (eds). *Health Anxiety. Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and related conditions* (pp. 161-192). Chichester: Wiley & sons.
- Garcia-Campayo, J. M. D., Lobo, A. M. D., Perez-Echeverria, M. J. M. D. & Campos, R. M. D. (1998). Three Forms of Somatization Presenting in Primary Care Settings in Spain. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 554-560.
- Gureje, O., Üstün, T. B. & Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 27, 1001-1010.
- Hiller, W. & Rief, W. (2004). *Internationale Skalen für Hypochondrie. Whiteley-Index und Illness Attitude Scales*. Bern: Huber.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1993). *Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL) für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Rief, W. & Fichter, M. M. (2002). Dimensional and categorial approaches to hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 1 – 12.
- Hiller, W., Fichter, M. M. & Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 369-380.
- Hiller, W. & Bleichhardt, G. (2004). Qualitätssicherung in einer psychotherapeutischen Hochschulambulanz. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 315 – 344.
- Jahresberichte der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie / Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Ausgaben 2001/2002, 2003, 2004 (auf Anfrage erhältlich).
- Kellner, R. (1987). *Abridged manual of the IAS (Illness Attitude Scales)*. Albuquerque: University of New Mexico, Department of Psychiatry, School of Medicine, mimeographed.
- Looper, K. J. & Kirmayer, L. J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577 – 584.
- Luka-Krausgrill, U. & Hiller, W. (2001). Das Konzept eines universitären Weiterbildungsstudiengangs in Psychologischer Psychotherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 55, 187-198.
- Noyes, R., Hartz, A. J., Doebbeling, C. C., Malis, R. W., Happel, R. L., Werner, L. A., & Yagla, S. J. (2000). Illness fears in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 62, 318-325.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T. & Hotopf, M. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry*, 180, 248-253.
- Schneider, M., Hofmann, O. & Köse, A. (2004). *Zuzahlungen im internationalen Vergleich*. Augsburg: Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung.
- Speckens, A. E. M., Spinhoven, P., Sloekers, P. P. A., Bolk, J. H. & van Hemert, A. M. (1996). A validation study of the whitely index, the illness attitude scales, and the somatosensory amplification scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95–104.
- Warwick, H. M. C. & Salkovskis, P. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. In Starvevic & Lipsitt (eds.), *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady*. Oxford: University Press.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.



DR. GABY BLEICHHARDT



WOLFGANG HILLER

*KORRESPONDENZADRESSE:
DR. GABY BLEICHHARDT
ABTEILUNG KLINISCHE PSYCHOLOGIE UND
PSYCHOTHERAPIE
JOHANNES-GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ
STAUDINGER WEG 9
D-55099 MAINZ
TEL.: ++49 (0) 6131/392 37 07
FAX: ++49 (0) 6131/392 46 23
E-MAIL: BLEICHHA@UNI-MAINZ.DE*