

**Prof. Dr. Wolfgang Hiller**

**Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie**

**Thema: Hypochondrische Störung**

### **Vielfältige Bedeutungen des Konzepts „Hypochondrie“**

Unterschiedliche historische Wurzeln

Kein einheitlicher klinischer Gebrauch

Fachübergreifende Relevanz (Allgemeinmedizin, Psychiatrie, klinische Psychologie)

Störung oder nichtpathologisches Geschehen?

Eigenständige Störung oder Teil anderer psychischer Störungen?

### **Klinische Hauptmerkmale bei Angst vor Krankheit**

1. Starkes Beschäftigtsein mit der Gesundheit

2. Unzureichende organische Pathologie, um die ausgedrückte Besorgnis erklären zu können

3. Selektive Aufmerksamkeit auf körperliche Veränderungen oder andere Körperzeichen

4. Negative Interpretation körperlicher Symptome und Beschwerden

5. Selektive Aufmerksamkeit auf und Nichtakzeptanz von medizinischen und nicht-medizinischen Mitteilungen

6. Andauerndes Suchen nach Rückversicherung/ Überprüfungen des eigenen körperlichen Zustands/ Suchen nach Informationen

(nach Warwick & Salkovskis, 1989)

### **Kriterien der hypochondrischen Störung nach DSM-IV**

**A.** Übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, was auf einer Fehlinterpretation körperlicher Symptome durch die betroffene Person beruht.

**B.** Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten bleibt trotz angemessener medizinischer Abklärung und Rückversicherung durch den Arzt bestehen.

**C.** Die Überzeugung unter Kriterium A ist nicht von wahnhaftem Ausmaß (wie bei der wahnhaften Störung mit körperbezogenem Wahn) und ist nicht auf eine umschriebene Sorge über die äußere Erscheinung beschränkt (wie bei der Körperdysmorphen Störung).

**D.** Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

**E.** Die Dauer der Störung beträgt mindestens sechs Monate.

**F.** Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten kann nicht besser durch eine Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Panikstörung, Episode einer Major Depression, Störung mit Trennungsangst oder durch eine andere Somatoforme Störung erklärt werden.

### **Bestimme: Mit Geringer Einsicht**

Wenn die betroffene Person während der meisten Zeit der derzeitigen Episode nicht erkennt, dass die Befürchtung, eine ernsthafte Erkrankung zu haben, übertrieben oder unbegründet ist.

## Die Historie

ca. 460-370 v. Chr.: Hippokrates

17. Jahrhundert: Thomas Willis (1621-1675), Thomas Sydenham (1624-1689)

1673: Molière, Der eingebildete Kranke

18. Jahrhundert: George Cheyne (1671-1743): Die englische Krankheit

Moderne Medizin: Wachsende Bedeutung der „Angst vor Krankheit“ parallel zu den Fortschritten der Medizin

## Epidemiologie der Hypochondrie

- Eher seltene Störung mit Lifetime-Prävalenz bei etwa 0,4 - 1%, jedoch erhöhte Krankheitsangstwerte bei etwa 7% und unter Psychotherapiepatienten 31% (Bleichhardt & Hiller, 2006)
- Häufiger in Allgemeinarztpraxen (geschätzt 4-9%)
- Keine Geschlechtsunterschiede
- Verlauf meist chronisch, aber komplette Remissionen möglich.

## Prävalenz von Krankheitsangst und Hypochondrie [Bleichhardt & Hiller, 2007]

Bleichhardt, G., Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12, 511-523.

Age (years)	German population %	Sample % (N)
18-25	9.64	10.66 (168)
26-35	18.29	18.1 (285)
36-45	20.08	19.87 (313)
46-55	15.45	16.7 (263)
56-65	16.49	15.56 (245)
66-75	11.37	11.56 (182)
76 and above	8.70	7.56 (119)
Sex		
Male	48.82	46.16 (727)
Female	51.18	53.84 (848)
Marital status		
Unmarried	25.84	26.10 (411)
Married	57.80	58.10 (915)
Widowed	9.45	8.63 (136)
Divorced	6.90	7.17 (133)
Education (y.)		
Hauptschule (8-9)	51.89	39.62
Realschule (10)	27.89	33.53
Fachoberschule (12)	3.91	5.63
Gymnasium (13)	16.30	21.65

## Antworten auf IAS-Fragen

am häufigsten mit „oft“ oder „meistens“ bejaht:

Ruft der Gedanke an eine ernsthafte Krankheit bei Ihnen Angst hervor?=> 18,3%

Machen Sie sich Sorgen über Ihre Gesundheit? => 13,8%

am seltensten mit „oft“ oder „meistens“ bejaht:

Machen Sie sich Sorgen oder glauben Sie, dass Sie eine ernsthafte körperliche Krankheit haben? => 2,9%

### Prävalenz:

Kriterien HYP (DSM-IV) nach Selbstangaben (Fragebogen): Prävalenz 0,4%

Oberhalb des IAS-Cut-off  $\geq 45$  Punkte: 6,7%

### Geschlechtsunterschiede:

IAS  $\geq 45$ : keine Unterschiede

Häufigkeit von Arztbesuchen: Frauen > Männer (d = 0,28)

Vermeidung gesundheitsschädlicher Gewohnheiten: Frauen > Männer (d = 0,30)

Vermeidung ungesunder Nahrung: Frauen > Männer (d = 0,36)

### Differentialdiagnose der Hypochondrie

- Hypochondrische Befürchtungen oft bei Pat. mit Panikstörung (z.B. Angst vor Herzinfarkt) oder generalisierter Angststörung (Besorgnis über die Gesundheit).
- Panikattacken manchmal auch als Folge hypochondrischer Ängste.
- Oft "zwanghafter" Charakter der hypochondrischen Gedanken oder der Suche nach Rückversicherung.

Studien dazu:

- Barsky et al. (1992): Bei Pat. mit HYP: Höchste Lifetime-Komorbidität mit generalisierter Angststörung (71,4%)

- Starcevic et al. (1994): Hypochondrie stärker bei Panikstörung als bei generalisierter Angststörung [50.0 vs. 18.4% entsprechend IAS-Skalen so klassifiziert]

### Der Whiteley-Index (Pilowsky, 1967; Hiller & Rief, 2004)

#### Krankheitsängste (Disease Phobia)

- Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben ?
- Machen Sie sich viele Sorgen über Ihre Gesundheit ?
- 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 ?
- Denken Sie, daß Sie sich mehr Sorgen über Ihre Gesundheit machen als die meisten anderen Leute ?
- Denken Sie, daß mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist ?
- Haben Sie Angst, krank zu werden ?

#### Somatische Beschwerden (Bodily Preoccupation)

- Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt ?
- Haben Sie oftmals die Symptome einer sehr ernsthaften Krankheit ?
- Finden Sie, daß Sie von einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome geplagt werden ?

#### Krankheitsüberzeugungen (Disease Convictions)

- Wenn Sie sich krank fühlen und jemand sagt Ihnen, daß Sie bereits wieder besser aussehen - ärgert Sie das ?
- Ist es schwer für Sie, einmal nicht an sich zu denken, sondern an alle möglichen anderen Dinge ?
- Können Sie dem Arzt nur schwer glauben, wenn er Ihnen sagt, daß kein Grund zur Besorgnis besteht ?
- Bekommen Sie das Gefühl, daß die Leute Ihre Krankheit nicht ernstnehmen ?

### **Die Illness Attitude Scales (IAS)**

- Englischsprachiges Original von Robert Kellner (1987)
- 27 Items, 5-stufige Antworten, 2 Zusatzfragen
- Analysen der Skalenstruktur finden 2 – 3 Unterskalen

Untersuchung der IAS an 319 stationären psychosomatischen Patienten von Hiller et al., 2002: 2 Skalen, Health Anxiety und Illness Behavior; ein Gesamtwert; Cut-off  $\geq 45$  trennt bestmöglich zwischen hypochondrischen Pat. und klinischen Kontrollpersonen.

#### Einige Ergebnisse:

- (1) Machen Sie sich Sorgen, dass Sie in der Zukunft vielleicht eine ernsthafte Krankheit bekommen könnten ?  $\Rightarrow$  meistens 1.1%, oft 8.8%, manchmal 39.1%, selten 26.1%, nein 24.9% (N = 1573).
- (2) Ruft der Gedanke an eine ernsthafte Krankheit bei Ihnen Angst hervor ?  $\Rightarrow$  meistens 7.5%, oft 10.8%, manchmal 34.2%, selten 21.4%, nein 26.1% (N = 1573).
- (3) Prävalenz nach DSM-IV-Kriterien 1/3: Kriterium A: Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben bei 13%; Krit. A + Krit. B: Ärzte fanden keine genauen Ursachen bei etwa 0.4% der Bevölkerung.
- (4) Prävalenz nach DSM-IV-Kriterien 2/3: Kriterium A: Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben bei 13%; Krit. A + Krit. D: Beeinträchtigung in wichtigen Bereichen bei etwa 1.0% der Bevölkerung.
- (5) Prävalenz nach DSM-IV-Kriterien 3/3: Kriterium A: Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben bei 13%; Krit. A + Krit. E: Dauer über 6 Monate bei etwa 5.6% der Bevölkerung.
- (6) Keine Person erfüllte Kriterien A+B+D+E; 6 Personen (0.4%) erfüllten Krit. A+D+E
- (7) Klinisch relevante hypochondrische Symptomatik unabhängig von Geschlechtszugehörigkeit, aber häufiger mit zunehmendem Alter.
- (8) Leichte Zusammenhänge zwischen hypochondrischem Syndrom und Gesundheitsverhalten.
- (9) Krankheitsverhalten korrelierte statistisch enger mit Gesundheitsangst als mit tatsächlicher körperlicher Krankheit.

### **Ätiologie der Hypochondrie**

#### **unbekannt**

- Kindheitserfahrungen?
- belastende Lebensereignisse?
- Disposition zu somatosensorischem Verstärkungsstil?
- Persönlichkeitsfaktoren?
- zentralnervöse und endokrine Fehlprozesse?

### Hitchcock & Mathews (1992): Bewertung körperlicher Symptome

#### Experiment:

In der Mitte eines Tages, an dem viel los ist, fühlt sich Ihre Brust angespannt an und Sie merken, dass Sie Schweißausbrüche und Hitzewallungen bekommen

- (1) Das könnte eine Herzattacke sein (katastrophisierend)
- (2) Ich habe mich vielleicht erkältet (Krankheit ohne Notfall)
- (3) Ich frage mich, ob ich mich über irgendetwas aufgeregt habe (emotional)
- (4) Es ist zu heiß in diesem Raum (neutral)

Pbn.: 291 Studenten; 20,1 Jahre alt; 63% Frauen

Einschätzung: Rating aller vier Reaktionsformen auf numerischer Skala (1 = trifft gar nicht zu; 4 = trifft zu)

Ergebnisse: Korrelation der IAS: 0,43 mit "katastrophisierend", 0,36 mit "Krankheit ohne Notfall", 0,28 mit "emotional" und -0,10 mit "neutral"

### Annahmen über gute Gesundheit bei Patienten mit Hypochondrie (Barsky et al. 1993)

Symptome	HYP (N=60)	Kontrollgr. (N=60)	sign.
Niesen	95	98	nein
Kopfschmerzen	92	100	ja
Mundtrockenheit	85	90	nein
Augenbrennen	80	82	nein
Verstopfung	80	97	ja
Nasenbluten	78	90	nein
Magenschmerzen	75	95	ja
Entzündete Lippen	75	87	nein
Schmerzen in den Nasen-Nebenhöhlen	73	88	ja
Ohrenweh	68	80	nein
Husten	68	92	ja
Ohrgeräusche	63	78	nein
Durchfall	63	77	nein
Schneller Puls	63	68	nein
Übelkeit	62	85	ja
Schwindel	60	70	nein
Fieber	50	60	nein
Appetitlosigkeit	48	75	ja
geschwollene Lymphknoten	48	67	ja
Kribbeln in den Gliedern	43	67	ja
Doppelsehen	35	45	nein
Ohnmächtigwerden	30	42	nein
Brustschmerzen	25	28	nein
Krampfanfälle	13	22	nein
Gesamtscore (Mittelwerte)	14,8	17,8	ja

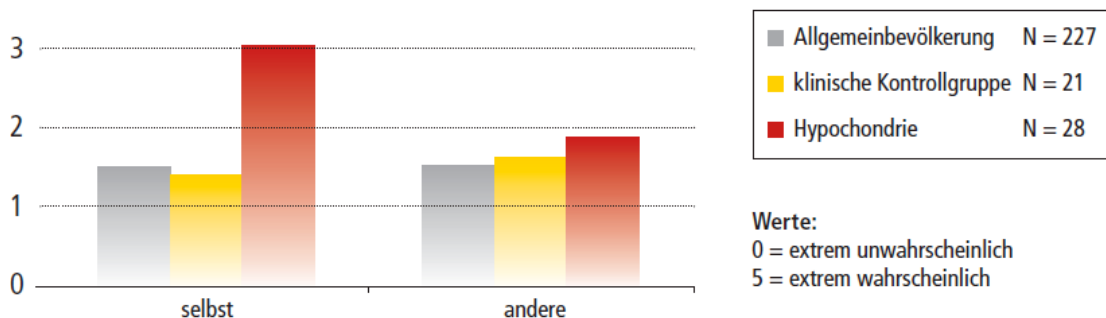
Angaben in %; Studie mit dem Health Norms Sorting Test; 24 Symptome auf Karten; es wird für jedes Symptom eingeschätzt: Wenn eine völlig gesunde Person dieses Symptom bekommen würde, wäre sie dann "noch gesund" oder "nicht mehr gesund" (1 Punkt = "noch gesund").

### Subjektive Einschätzung des Erkrankungsrisikos

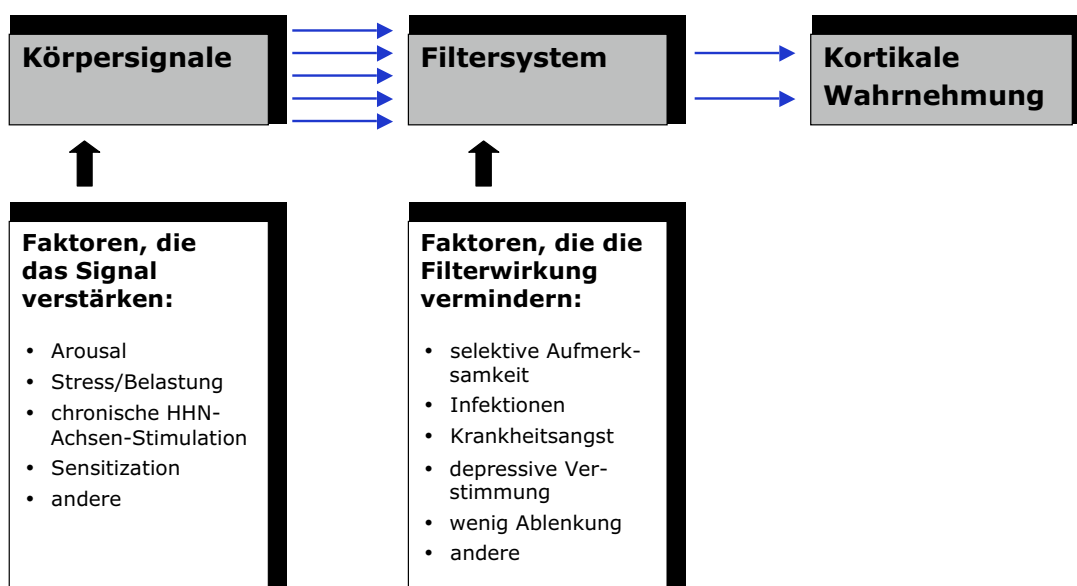
Studie von G. Bleichhardt (Universität Mainz, 2007)

Fragebogen zur Erkrankungswahrscheinlichkeit (FEWK), Testteile „selbst“ und „andere“  
N = 276, Cronbach's  $\alpha = 0,93$  („selbst“) und  $0,84$  („andere“)

Ergebnisse für „schwere Krankheiten“:



### Ein Filtermodell der somatoformen Störungen (nach Rief)



## **Therapie der Hypochondrie**

### **Ansatz nach Gaby Bleichhardt & Florian Weck (Universität Mainz)**

Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes  
Kombinierte Einzel-/Gruppentherapie

#### Erste Evaluation 2007

N = 35 Patienten mit DSM-IV Hypochondrie (IDCL)

18 Frauen, 17 Männer

Alter 35,7 J. (SD 11,6)

45,8% komorbide depressive Störung

34,3% mind. eine Angststörung

Kontrollbedingung: WLC (mind. 1 Monat Wartezeit)

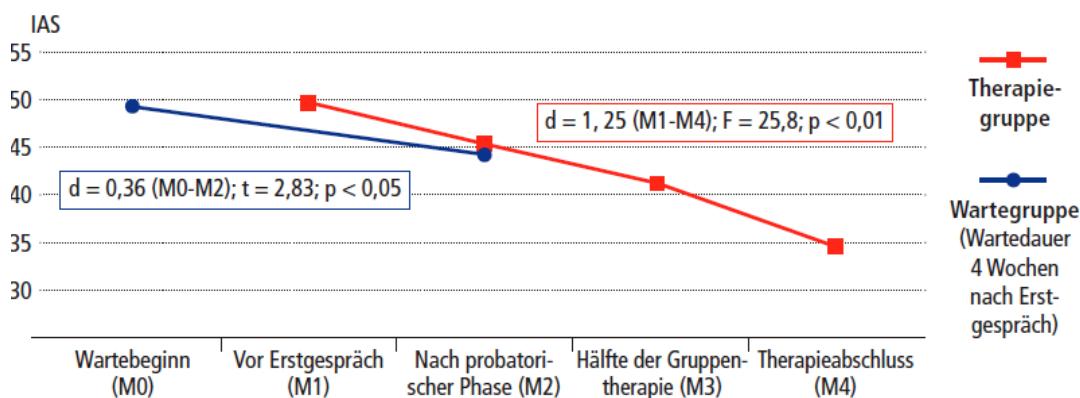
nicht randomisiert, sondern natürliche Zuordnung, sobald Wartezeit  $\geq$  4 Wochen betrug

N = 10 Patienten, mittlere Wartezeit 66,4 Tage

Abfolge	Therapieinhalte (Methoden)
1. Gruppensitzung	Entwicklung von Zielen, Einführung des Störungsmodells (Beschwerdentagebuch)
2. Gruppensitzung	Aufmerksamkeit (imaginative Körperreise)
3. Gruppensitzung	Kognitionen (ABC-Schema)
1. Einzelsitzung	Arbeit an Überzeugungen
4. Gruppensitzung	Alternative Erklärungen für körperliche Symptome (Verhaltensexperimente)
2. Einzelsitzung	Kognitive Umstrukturierung
5. Gruppensitzung	Body Checking
3. Einzelsitzung	Body Checking, Bedürfnis nach 100%iger Sicherheit
6. Gruppensitzung	Arztbesuche (Übung zum Thema Rückversicherungen)
4. Einzelsitzung	Exposition in sensu
7. Gruppensitzung	Vermeidungsverhalten und Expositionsvorbereitung
5. Einzelsitzung	Exposition in vivo
8. Gruppensitzung	Auswertung der Exposition, Zusammenfassung
6. Einzelsitzung	Abschluss, Rückfallprophylaxe

### Ergebnisse der Therapieevaluation

Alle Daten: ITT; 5 Drop-outs (14,3%); 2, geringes Interesse; 1, Zeitmangel; 1, Ablehnung des Gruppensettings; 1, keine Kostenübernahme



	Therapiebeginn	Therapieende	Signifikanztest		Effektstärke
	M (SD)	M (SD)	t-Wert	p-Wert	d-Wert
<b>Hypochondrie-spezifische Merkmale</b>					
Überzeugung, eine Krankheit zu haben (VAS) *	4,47 (2,30)	2,46 (2,23)	4,32	< 0,01	0,89
Katastrophisierende Symptombewertungen (FKG)	14,2 (5,1)	10,0 (3,9)	5,45	< 0,01	0,93
Intoleranz körperlicher Beschwerden (FKG)	7,20 (1,60)	5,40 (1,88)	6,10	< 0,01	1,03
Rückversicherungen (Fremdrating)	2,74 (1,12)	1,54 (1,09)	6,13	< 0,01	1,09
Selbstuntersuchungen (Fremdrating)	2,83 (1,15)	1,34 (0,84)	4,03	< 0,01	1,48
Krankheitsverhalten (SAIB) **	2,48 (0,40)	2,76 (0,38)	5,65	< 0,01	0,71
Häufigkeit Arztbesuche in den letzten 30 Tagen	2,20 (2,12)	1,07 (0,94)	2,97	< 0,01	0,69
<b>Allgemeine Psychopathologie</b>					
BSI GSI-Gesamtwert	0,87 (0,48)	0,48 (0,44)	5,40	< 0,01	0,85
Depressivität (BSI)	0,88 (0,64)	0,47 (0,60)	3,77	< 0,01	0,92

\* VAS = Visuelle Analogskala (1-10); \*\* höhere Werte indizieren geringeres Krankheitsverhalten

ITT => Completer

IAS

1,27 => 1,34 (d)

VAS Krankheitsüberzeugung

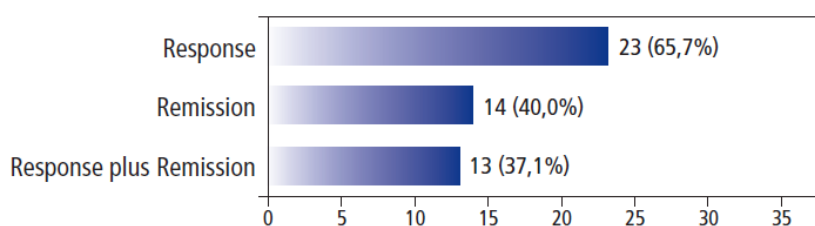
0,89 => 1,09 (d)

Therapieerfolgsraten

Response nach RCI (Jacobson & Truax)

Remission IAS < 44 Punkte

Bei keinem Pat. bedeutsamer Werteanstieg



## Cochrane-Review: Psychotherapies for Hypochondriasis Thomson & Page (2007)

Auswahl: RCTs

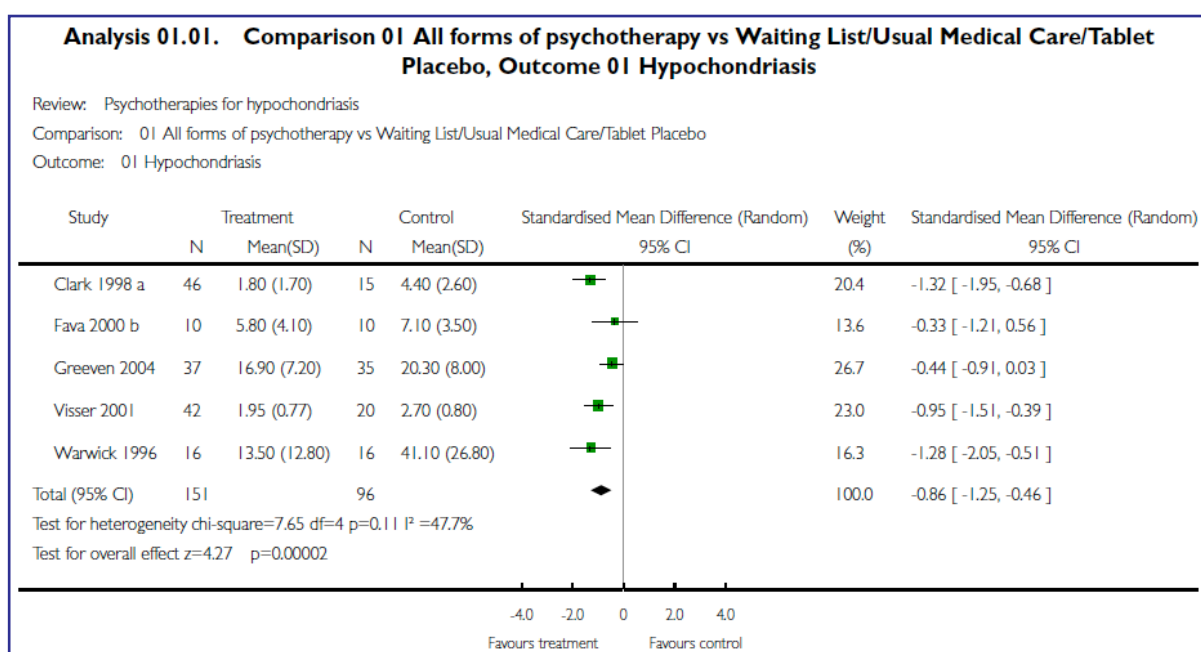
Studien: 37 Studien gefunden, davon 6 berücksichtigt

Ausschlussgründe: keine RCT, keine Standardkriterien für Diagnose HYP eingesetzt, reine Fallbeobachtungen, keine Kontrollbedingungen, noch nicht abgeschlossene Studien, u.a.

Eingeschlossene Studien:

1. Barsky & Ahern 2004, USA => CBT plus Brief an Hausarzt vs. TAU
2. Clark et al. 1998, UK => CBT vs. Stressmanagement vs. WLC
3. Fava et al. 2000, I => Explanatory Therapy vs. WLC
4. Greeven et al. 2007, NL => CBT vs. Paroxetin vs. TAU
5. Visser & Bouman 2001, NL => Kognitive Therapie vs. ERP vs. WLC
6. Warwick et al. 1996, UK => CBT vs. WLC

Ergebnis: Therapie im Mittel um  $d = 0,86$  besser als die Kontrollgruppen



## Pharmakotherapie der Hypochondrie

Fallon, B.A. (2004): Pharmacotherapy of somatoform disorders. Journal of Psychosomatic Research, 56, 455-460.

1) Sekundäre Hypochondrie (bei depressiven oder Angststörungen):

Meist Besserung der hypochondrischen Symptomatik parallel zur Besserung der depressiven bzw. Angstsymptomatik.

2) Primäre Hypochondrie: Eine RCT mit Fluvoxamin (Fallon et al. 1996) (Evidenzstufe Ib); in offenen, unkontrollierten Studien Hinweise für Wirksamkeit von anderen SSRIs (Fluoxetin, Paroxetin), aber auch für Imipramin und Nefazodon (Evidenzstufe IIb).

### **Die Hypochondrie in unserer modernen Welt**

- als Begriff nach wie vor verpönt, oft missverstanden
- als Lebenserscheinung jedoch sehr populär, in Mode gekommen wie viele anderen „moderne Krankheiten“ auch
- Medien
- Internet

### **Populärwissenschaftliche und Lifestyle-Bücher**

- John Naish: Hypochondrie kann tödlich sein. Handbuch für eingebilddete Kranke. rororo, 2004.
- Ulf Geyersbach & Rainer Wiedland: Schöner Leiden. Die schönsten Krankheiten und die größten Hypochonder des Universums (2. Aufl.). Argan, 2004.
- Wendy Marston: Das kleine Buch für Hypochonder. Lappan, 2005.
- Dennis DiClaudio: Der kleine Hypochonder. Lexikon der eingebilddeten Krankheiten, 2004.

### **Um welche Themen geht es darin?**

- Selbsttest (z.B. WI)
- Gesundheitsgefahren des normalen Alltags... durch Sex... durch Nahrung... durch das Krankenhaus... durch Haustiere... durch die Arbeitswelt... durch die physikalische Umwelt
- Interpretation von Symptomen
- Psychologische Hintergründe der Hypochondrie

### **Moderne Leiden**

MCS => Multiples Chemiesensitivitätssyndrom

CFS => Chronic Fatigue Syndrome

PDS => Pleasure Deficiency Syndrome

BMS => Body Malodour Syndrome

IFS => Information Fatigue Syndrome

usw.

### **British Medical Journal, 2002**

Umfrage unter Ärzten, welche „Nichtkrankheiten“ am häufigsten zu medizinischen Sachverhalten umdefiniert werden:

Altern

Arbeit

Langweile

Tränensäcke

Glatzenbildung

Sommersprossen

Hässliches Aussehen

Jetlag

Zu geringe Körpergröße

Mundgeruch

Schlaflosigkeit

Unerwünschter Haarwuchs

**Einige Literatur zur Hypochondrie**

- Abramowitz JS, Braddock AE (2008). Psychological Treatment of Health Anxiety and Hypochondriasis: A Biopsychosocial Approach. Cambridge, Hogrefe & Huber.
- Bleichhardt G, Weck F (2007). Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst. Heidelberg, Springer.
- Bleichhardt G, Martin A (2010). Hypochondrie und Krankheitsangst (Reihe Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen, Hogrefe.
- Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 127-139.
- Starcevic V, Lipsitt DR (Eds) (2001). Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady. New York, Oxford University Press.

**[Stand: SS 2010]**