



Bleichhardt
Weck



Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

2. Auflage



CD-ROM
mit Arbeits-
blättern

 Springer

Gaby Bleichhardt

Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

2., aktualisierte Auflage

Gaby Bleichhardt
Florian Weck

Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

2., aktualisierte Auflage

Mit 18 Abbildungen, 23 Tabellen und 26 Arbeitsblättern

Dr. Gaby Bleichardt

Philipps-Universität Marburg
Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg

Dr. Florian Weck

Goethe-Universität Frankfurt
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
Varrentrappstraße 40–42
60486 Frankfurt am Main

ISBN 978-3-642-12118-0 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Additional material to this book can be downloaded from <http://extras.springer.com>

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin

Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki

Projektmanagement: Sigrid Janke

Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Einbandabbildung: s/w-Bild links: © tabato/imagesource.com; 4c-Bild rechts: © tabato/Westend61

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

SPIN 12711024

Vorwort zur zweiten Auflage

Der Behandlungsschwerpunkt Krankheitsangst besteht mittlerweile seit fast sechs Jahren an der Uni Mainz. Das Therapiekonzept ist in seinen Kernaspekten unverändert. Die Durchführung liegt mittlerweile federführend in den Händen von Maria Gropalis. Ihr, aber auch unserem Kollegen Doktor Michael Witthöft danken wir ganz herzlich für ihren verlässlichen fachlichen Rat.

Gaby Bleichhardt und Florian Weck
Marburg und Frankfurt, im März 2010

Vorwort zur ersten Auflage

No man is an island
John Donne, 17. Jh.

Kein Mensch ist eine Insel. Dieses Buch wäre nicht entstanden ohne die Mithilfe einer Vielzahl von Personen.

Das Manual beruht zu einem guten Teil auf unseren Erfahrungen, die wir mit den Patienten machen durften, die sich vertrauensvoll an unseren Behandlungsschwerpunkt »Krankheitsangst« wandten und bereitwillig diverse Fragebogen ausfüllten. Ihnen gebührt unser Dank.

Dass wir den Schwerpunkt seit Herbst 2004 anbieten konnten, ist vor allem dem Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie, Herrn Professor Doktor Wolfgang Hiller, zu verdanken. Er ließ uns freie Hand im Aufbau dieses Behandlungsangebots und war uns mit seinem fundierten Fachwissen eine große Hilfe.

Das Konzept zur Behandlung der Krankheitsangst lehnt sich in einigen Aspekten an die Therapie der somatoformen Störungen an, wie sie in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck seit 1998 durchgeführt wird. In dem Zusammenhang dankt die Erstautorin den vielen Kolleginnen und Kollegen des damaligen Arbeitskreises »Soma-Gruppe«, und zwar speziell Doktor Barbara Timmer, Professor Doktor Manfred M. Fichter sowie dem Projektleiter Professor Doktor Winfried Rief für seine Tatkraft und Fachkompetenz.

Bevor wir das Manuskript an den Verlag gaben, stand uns eine Reihe von Freunden und Kollegen mit Rat, Tat und rotem Stift zur Seite. Herzlichen Dank für die Sorgfalt, Aufmerksamkeit und Ehrlichkeit an Doktor Andrea Benecke, Doktor Markus Bentrup, Corinna Gietl, Ines Leu, Doktor Jörg Mitze, Diana Rübler, Axel Springer und Doktor Katrin Wambach.

Dr. Gaby Bleichhardt
Florian Weck
Mainz, im Januar 2007

Geleitwort

Die Angst vor Krankheit und dem Tod sind Urängste der Menschheit. Im Verlauf seines Lebens setzt sich jeder Mensch in mehr oder weniger intensiver Form mit dem eigenen Körper auseinander, entdeckt dessen Fähigkeiten und Grenzen, wird letztlich auch mit seiner Hinälligkeit konfrontiert. Deshalb zieht sich dieses Thema wie kaum ein anderes als roter Faden durch die Menschheitsgeschichte und ist in den überlieferten Lebensformen, aber auch im kulturellen Schaffen in vielerlei Variationen repräsentiert.

Das vorliegende Buch handelt von der klinischen Seite dieser Urängste, nämlich vom Krankheitsbild der Hypochondrie. So sehr Krankheitsängste zum normalen menschlichen Leben dazugehören, so sehr können sie auch „entgleisen“ und übersteigerte, unrealistische Formen annehmen. Dies gilt im Prinzip für alle psychologischen Phänomene. Normale Gefühle von Niedergeschlagenheit beispielsweise finden ihr Extrem in krankhaft gesteigerter Melancholie, Kontrollbedürfnisse können zu absurden Zwangsritualen verdichtet sein. In vergleichbarer Form steigern sich Krankheitsängste manchmal zu übersteigerten Überzeugungen, kaum korrigierbaren Wahrnehmungen vermeintlicher körperlicher Krankheitszeichen und krassen Fehlbewertungen medizinischer Befunde. Es besteht kein Zweifel, dass massive und andauernde Krankheitsängste als ernste psychische Störung zu betrachten sind und die Behandlungsindikation in einer Verminderung des persönlichen Leids und der begleitenden psychosozialen Beeinträchtigungen liegt.

Nach jahrzehntelanger Stagnation und meist eher enttäuschenden Therapieergebnissen hat es erst in den letzten Jahren in der internationalen Hypochondrieforschung wesentliche und entscheidende Neuentwicklungen gegeben. Diese sind für das vorliegende Behandlungsmanual in bewundernswerter Vollständigkeit zusammengetragen und zu einem einheitlichen, in sich konsistenten Therapiemodell verbunden worden. Der Behandlungsansatz, der von Gaby Bleichhardt und Florian Weck hier entwickelt wird, ist erst durch die betont störungsspezifische Ausrichtung der wissenschaftlichen Psychotherapie möglich geworden. In der Vergangenheit haben sich Psychotherapeuten vorschnell sozial-interaktionellen Aspekten zugewandt und dabei die spezielle hypochondrische Problematik ihrer Patienten vielfach ignoriert. Im vorliegenden Manual wird diese Perspektive umgedreht: Im Mittelpunkt steht der Patient mit seinen körper- und krankheitsbezogenen Ängsten, seinen Interpretationen und Bewertungen, und seinem Krankheitsverhalten, das den Alltag und die Lebenswirklichkeit maßgeblich bestimmt. Viele familiäre und soziale Probleme können als Folge des hypochondrischen Krankheitsbilds verstanden werden und lassen sich daher logisch in den Therapieansatz integrieren. Diese Perspektive eröffnet einen völlig neuen Behandlungszugang.

Dem vorliegenden Manual kann bescheinigt werden, dass es sich definitiv auf dem Stand des aktuellen internationalen Forschungswissens zur Hypochondrie und ihrer Behandelbarkeit mit psychotherapeutischen Methoden befindet. Es ist dem empirisch-wissenschaftlichen Grundgedanken verpflichtet. Der Leser bekommt einen Überblick über die insgesamt sehr hoffnungsvollen Ergebnisse bisheriger Therapiestudien, in denen dieser neue Ansatz bereits evaluiert wurde. Wir sind daher überzeugt, dass das Manual seinen Weg in die psychotherapeutische Praxis findet und dazu beiträgt, die psychotherapeutische Kompetenz zu erhöhen und das Leid der betroffenen Patienten nachhaltig zu lindern. Wir sind überzeugt, dass Gaby Bleichhardt und Florian Weck für dieses Buch höchste Anerkennung verdienen, da sie einen entscheidenden Meilenstein in der Behandlung von Krankheitsängsten und Hypochondrie setzen.

Bleichhardt, Weck: Kognitive Verhaltenstherapie bei Hypochondrie und Krankheitsangst

Der Wegweiser zum Therapiemanual

6 Kapitel 1 - Grundlagen zum Störungsbild

1

Leitsystem:
schnelle Orientierung
über alle Kapitel

Hinweise:
Arbeitsblätter am
Ende des Buches

Fallbeispiel:
konkrete Patienten-
beispiele

Therapie & Dialog:
Formulierungs-
vorschläge &
Dialogbeispiele

1.1 Erscheinungsbild

Hauptmerkmal der Hypochondrie ist die Angst oder Überzeugung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, ohne dass eine derartige Befürchtung durch einen medizinischen Befund gestützt wird. Häufig befürchtete Krankheiten sind Krebs, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Aids und neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Multiple Sklerose oder Demenzerkrankungen. Die Belastung durch diese Sorgen und Ängste ist in ihrem Ausmaß recht unterschiedlich und reicht von leichten Beeinträchtigungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit, massiven depressiven Zuständen und stationären Klinikaufenthalten. Als Auslöser dieser Ängste gelten körperliche Empfindungen, Veränderungen oder Auffälligkeiten, die als Zeichen für die befürchtete

➤ ▶ Arbeitsblatt 9 »Was steuert die Stressreaktion?«

Fallbeispiel: Herr K.

Herr K. ist ein 54jähriger selbstständiger Akademiker. Er hat Angst davor, an amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer degenerativen Erkrankung des zentralen Nervensystems, zu leiden. Der Beginn seiner Ängste liegt neun Jahre zurück. Damals erkrankte seine Mutter an ALS. In dieser Zeit informierte er sich ausführlich über die Krankheit. Nach dem Tod seiner Mutter entwickelte er Ängste, auch an ALS zu erkranken und beobachtete für die Krankheit typische Symptome an sich, wie z. B. Muskelzuckungen. Verschiedene Arztbesuche waren ohne pathologischen Befund. Erst eine ausführliche apparative Untersuchung beim Neurologen konnte ihn zeitweise beruhigen. Im Ab

Therapie & Dialog

Beispielhafte Therapeutenaussagen zur Vermittlung fachspezifischer Kompetenz

»Ich vermute, Sie denken manchmal auch während der Arbeit an Ihre Krankheitsangst. Und dann fällt es Ihnen schwer, konzentriert Ihrer Arbeit nachzugehen?«

»Viele Patienten mit Krankheitsangst erleben die Arztbesuche nach einiger Zeit als unangenehm. Ist das bei Ihnen auch der Fall?«

»Den meisten Patienten mit Krankheitsängsten, die hier behandelt wurden, geht es nach der Behandlung deutlich besser.«

❗ Der Aufbau von Therapiemotivation wird als eine Aufgabe der Psychotherapie begriffen. Ein gewisses Maß an anfänglicher Mitarbeitersmotivation ist jedoch notwendige Bedingung für die Aufnahme einer Psychotherapie.

Wichtig: Das sollten Sie beachten!

4.10 · 4. Einzelsitzung: Worst-Case Konfrontation in sensu



■ **Abb. 4.1.** Vorlage für Engel- und Teufelkarten

Exkurs

Sonderfall: Vermeidung von Arztbesuchen

Zuweilen kommt es vor, dass Patienten mit Hypochondrie auch das Gegenteil von »Doctor Shopping« zeigen: Sie gehen nicht zum Arzt, auch wenn sie es vielleicht tun sollten. Die Angst der Betroffenen vor einem positiven Befund, also einer Bestätigung der Krankheitsbefürchtung, ist so groß, dass sie den Arztbesuch nicht wagen. Häufig argumentieren sie, lieber mit der Ungewissheit, lebensgefährlich erkrankt zu sein, leben zu wollen als mit der Gewissheit, bald sterben zu müssen.

Exkurse: geben Zusatzinformationen

Σ Rund jeder zehnte Deutsche leidet unter ernst zu nehmenden Krankheitsängsten.

Fazit: kurze Zusammenfassungen

Es ist denkbar, dass der Patient tatsächlich die Krankheit hat, die er befürchtet. Bevor eine Psychotherapie begonnen wird, sollte sichergestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für die befürchtete Krankheit sehr gering ist. In der Regel ist dies unproblematisch, da die meisten Patienten eher zu gründlich als zu wenig auf die befürchteten Krankheiten hin untersucht worden sind.

Wahrscheinlichkeit für die befürchtete Krankheit sollte gering sein

4.10 4. Einzelsitzung: Worst-Case Konfrontation in sensu

Marginalien: dienen der schnellen Orientierung im Text

Themenübersicht 4. Einzelsitzung

- Besprechen der Aufgabe: Reduktion von Arztbesuchen (► Kap. 3.3.2)
- Konfrontation in sensu mit der Vorstellung, die befürchtete Krankheit zu haben (► Kap. 3.3.6)

Inhaltliche Übersichten: Aufzählungen, Aufbau der Sitzungen etc.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1	5	Mögliche Komplikationen und häufige Fragen	183
1 Grundlagen zum Störungsbild	5	5.1	Probleme in Zusammenhang mit der Rückversicherung	184
1.1 Erscheinungsbild	6	5.2	Kürzere Behandlungen subklinischer Hypochondrie	187
1.2 Begriffsbestimmung	16	5.3	Vereinfachtes Krankheitsmodell	188
1.3 Diagnostik	20	5.4	Krankheitsangst bei vorhandenen Krankheiten	190
1.4 Epidemiologie	30	5.5	Weiterführende Literatur	190
1.5 Erklärungsansätze	35	6	Evaluation des Behandlungsprogramms	193
2 Kognitiv-behaviorale Therapieansätze und ihre Wirksamkeit	49	6.1	Beschreibung des Klientels	194
2.1 Kognitiv-behaviorale Therapieansätze	50	6.2	Auswertung klinischer Instrumente	195
2.2 Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie	58	6.3	Patienten- und Therapeutenurteile zum Therapieerfolg	196
3 Manualisierte Einzeltherapie	63	6.4	Ergebnisse einer Wartegruppe	198
3.1 Einführung	64	6.5	Anteil erfolgreicher Therapien	198
3.2 Informationsvermittlung und kognitiver Schwerpunkt	81	Literaturverzeichnis	201	
3.3 Verhaltensorientierter Schwerpunkt	124	Arbeitsblätter	209	
3.4 Weitere Therapie und Therapieabschluss	154	Sachverzeichnis	239	
4 Manualisierte Gruppen- und Einzeltherapie	167			

CD-ROM

Auf der beiliegenden CD-ROM finden Sie alle Arbeitsblätter im pdf-Format zum Ausdrucken.

Einleitung

Wenn an unserem Auto etwas kaputt ist, bringen wir es in eine KFZ-Werkstatt.

Läuft die Waschmaschine nicht mehr, holen wir den Techniker.

Spüren wir Krankheitszeichen in unserem Körper, gehen wir zum Arzt.

So weit, so gut, nicht wahr?

Was passiert, wenn wir zum Arzt gehen, der uns untersucht und dann gar nicht für krank hält?

Was passiert, wenn wir dadurch allenfalls kurz beruhigt sind, aber das Gefühl, krank zu sein, immer stärker wird? Wenn wir in unserem Körper eindeutige, immer stärkere Zeichen dafür spüren, dass etwas nicht in Ordnung ist?

Dann versuchen wir es bei einem anderen Arzt. Der sagt uns in etwa das Gleiche wie sein Kollege. Wir fragen Freunde und Bekannte. Wir informieren uns über das Internet und medizinische Bücher. Danach wissen wir eine ganze Menge über Krankheiten. Leider auch über andere als diejenige, die wir ursprünglich befürchtet haben. Vielleicht ist es gar kein Magenkrebs, sondern Bauchspeicheldrüsenkrebs? Bauchspeicheldrüsenkrebs hat eine viel schlechtere Prognose als Magenkrebs.

Schlauer sind wir durch unsere Recherche vermutlich geworden, gesünder nicht.

Die Körpersymptome dauern an. Es entwickeln sich diffuse und sehr unangenehme Ängste, bald elendig an einer unentdeckten Krankheit zugrunde zu gehen.

Dies geht Monate, und schließlich Jahre lang so weiter.

Nichts wird besser, alles wird schlimmer.

Wenn wir im Privatleben etwas über unsere Krankheitszeichen äußern, reagieren Familie, Freunde, Bekannte genervt. Die guten Tipps vom Anfang, welcher Arzt gut ist und welches Medikament man einmal ausprobieren sollte, gibt es nicht mehr. Auch die Besorgnis der anderen um unser eigenes Wohl ist verschwunden.

Wenn wir nun zum Arzt gehen, begrüßt der uns mit »Ach, Sie mal wieder!«. Wie peinlich. Die Ärzte untersuchen uns längst nicht mehr so gründlich wie zu Beginn. Sie halten uns für einen Hypochonder. Unverschämtheit!

Wir fühlen uns nicht mehr ernst genommen, weder von Fachleuten, noch von den Menschen, die uns früher unterstützt haben und von denen wir dies eigentlich immer noch erwarten. Verschiedene Personen raten uns zu einer Psychotherapie.

Psychotherapie? Wir sind doch nicht verrückt, wir sind krank!

In diesem Konflikt stehen Patienten in der Regel, bevor sie eine Psychotherapie beginnen. Bereits das erste Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen, kostet viel Überwindung und Courage. Schafft man es bis in das Therapiezimmer des Psychotherapeuten, ist man vorsichtig, skeptisch

tisch oder ängstlich. Oft bestehen Vorurteile darüber, was in einer Therapie passiert: Man muss sich dem Therapeuten hilflos ausliefern, sich vielleicht sogar auf eine Couch legen oder peinliche Geschichten aus dem eigenen Leben erzählen. Vielleicht hält der Psychotherapeut einen auch für so verrückt, dass man gleich in eine Anstalt eingewiesen wird. Der eine oder die andere hofft, möglichst schnell wieder aus dem Zimmer herauszukommen. Egal wie, schließlich hat man's doch nicht am Kopf, sondern am Körper.

Das vorliegende Buch widmet sich der Behandlung dieses Klientels. Es soll Psychotherapeuten den Umgang mit krankheitsängstlichen Patienten erleichtern und zeigt Wege auf, wie man die zuweilen schwierige Eingangsphase überwinden kann. Sein Hauptziel ist die ausführliche Anleitung zur Behandlung der Krankheitsangst im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie. Um so konkret wie möglich Anleitungen zu bieten, enthält das Manual zahlreiche Verhaltensübungen, Therapiedialoge sowie Arbeits- und Informationsblätter.

Das Werk basiert auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Hypochondrie und Krankheitsangst (► Kap. 1), internationaler empirisch-evaluierter Therapieverfahren für dieses Störungsbild (► Kap. 2) sowie unseren eigenen therapeutischen Erfahrungen. Diese sammelten wir teils zuvor, teils seit Gründung des Behandlungsschwerpunktes »Krankheitsangst« im Herbst 2004 mit diesem Klientel an der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie, der Hochschulambulanz für Forschung und Lehre an der Universität Mainz. Da sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapie vielerlei positive Effekte haben, bieten wir im Rahmen dieses Schwerpunktes ein manualisiertes, kognitiv-behaviorales Programm über 9 Doppel- und 6 Einzelsitzungen an. Da es vermutlich für nur wenige der Leser und Leserinnen praktikabel sein dürfte, eine kombinierte Einzel- und Gruppentherapie anzubieten, stellt der Hauptteil des Buches (► Kap. 3) das an die Einzeltherapie adaptierte Manual dar. ► Kap. 4 gibt einen Überblick über unser Vorgehen und ergänzt das Programm um Übungen und Einheiten, die besonders für Therapiegruppen geeignet sind. Hilfestellung für mögliche Komplikationen sowie Antworten auf häufige Fragen werden in ► Kap. 5 dargestellt.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung der zweiten Auflage waren 90 Patienten mit einer nach DSM-IV diagnostizierten Hypochondrie in das Behandlungsprogramm aufgenommen worden. Die Behandlung wurde von der überwiegenden Mehrheit gut akzeptiert, und die bisherigen Effektivitätsnachweise sind mehr als zufrieden stellend (► Kap. 6).

Auch wenn die Hypochondrie seit mehreren Jahrhunderten bekannt ist, ist sie ein Stiefkind von Forschung und wissenschaftlich orientierter Psychotherapie geblieben. Dieses Buch ist gegenwärtig das

einziges deutschsprachige Manual zur Behandlung dieses Störungsbildes.

Etwa die Hälfte hypochondrischer Patienten ist weiblich. Wir bitten diese im Besonderen und alle Leserinnen im Allgemeinen um Nachsicht, dass wir uns durchgehend für die männliche Sprachform entschieden haben.

Grundlagen zum Störungsbild

1.1 Erscheinungsbild – 6

- 1.1.1 Emotionales Merkmal: Ängste – 8
- 1.1.2 Körperliche Merkmale – 8
- 1.1.3 Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheitsüberzeugungen und Erinnerungen – 10
- 1.1.4 Verhaltensbezogene Merkmale – 11

1.2 Begriffsbestimmung – 16

- 1.2.1 Geschichte des Begriffs »Hypochondrie« – 16
- 1.2.2 Weitere Begriffe für Hypochondrie – 17
- 1.2.3 Die dimensionale Betrachtung der Hypochondrie – 17
- 1.2.4 Primäre und sekundäre Hypochondrie – 19

1.3 Diagnostik – 20

- 1.3.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 – 20
- 1.3.2 Kritik an den diagnostischen Kriterien – 20
- 1.3.3 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Krankheitsängsten – 23
- 1.3.4 Differentialdiagnostik – 27

1.4 Epidemiologie – 30

- 1.4.1 Auftretenshäufigkeit – 30
- 1.4.2 Beginn und Verlauf – 32
- 1.4.3 Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und anderen psychischen Störungen – 34

1.5 Erklärungsansätze – 35

- 1.5.1 Vulnerabilität und Prädisposition – 36
- 1.5.2 Auslösende Faktoren – 38
- 1.5.3 Aufrechterhaltende Bedingungen – 39
- 1.5.4 Ein kognitiv-behaviorales Gesamtmodell – 45

Hauptmerkmal Angst oder Überzeugung**1.1 Erscheinungsbild**

Hauptmerkmal der Hypochondrie ist die Angst oder Überzeugung, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden, ohne dass eine derartige Befürchtung durch einen medizinischen Befund gestützt wird. Häufig befürchtete Krankheiten sind Krebs, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Aids und neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Multiple Sklerose oder Demenzerkrankungen. Die Belastung durch diese Sorgen und Ängste ist in ihrem Ausmaß recht unterschiedlich und reicht von leichten Beeinträchtigungen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit, massiven depressiven Zuständen und stationären Klinikaufenthalten. Als Auslöser dieser Ängste gelten körperliche Empfindungen, Veränderungen oder Auffälligkeiten, die als Zeichen für die befürchtete Krankheit angeführt werden. Im Einzelfall ist das Erscheinungsbild der Hypochondrie vielfältig, wie die nachfolgenden Fallbeispiele verdeutlichen sollen.

Fallbeispiel: Herr K.

Herr K. ist ein 54-jähriger selbstständiger Akademiker. Er hat Angst davor, an amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer degenerativen Erkrankung des zentralen Nervensystems, zu leiden. Der Beginn seiner Ängste liegt neun Jahre zurück. Damals erkrankte seine Mutter an ALS. In dieser Zeit informierte er sich ausführlich über die Krankheit. Nach dem Tod seiner Mutter entwickelte er Ängste, auch an ALS zu erkranken und beobachtete für die Krankheit typische Symptome an sich, wie z. B. Muskelzuckungen. Verschiedene Arztbesuche waren ohne pathologischen Befund. Erst eine ausführliche apparative Untersuchung beim Neurologen konnte ihn zeitweise beruhigen. Im Abstand von ca. 6 Monaten entwickelte er jedoch immer wieder neue Ängste vor Krankheiten, wie z. B. Krebs oder Erkrankungen des Herzkreislaufsystems. Auch die Angst vor ALS taucht immer wieder auf. Immer wenn Symptome wie z. B. Schmerzen, Muskelzuckungen oder Herzklopfen auftreten, ist er besorgt und informiert sich im Internet über mögliche ernsthafte Erkrankungen. Die häufigen Arztbesuche sind ihm hoch peinlich und beruhigen ihn immer nur kurzfristig. Viel versprach er sich von einem einwöchigen Klinikaufenthalt in einer Spezialklinik für Herzerkrankungen. Dieser Aufenthalt sollte der diagnostischen Abklärung dienen und ihm endgültig langfristig Beruhigung verschaffen. Da seine Krankenkasse keine Indikation für den Aufenthalt sah, übernahm er selbst die hohen Kosten. Das Ergebnis der Untersuchungen war wieder ohne pathologischen Befund. Trotzdem begann er nach wenigen Wochen erneut zu zweifeln, ob nicht in der Zwischenzeit neue Erkrankungen aufgetreten sein könnten.

Fallbeispiel: Herr M.

Bei dem 24jährigen Germanistikstudenten bestand in der Vorgeschichte ein ausgeprägter Konsum von Cannabis, Amphetaminen, Alkohol und Ecstasy. Vor einem Jahr hatte er unter dem Einfluss von Amphetaminen Erstickungsgefühle. Seitdem beobachtet er seinen Hals aufmerksam und hat den Eindruck, dass sich dieser trocken anfühlt. Um dem trockenen Hals entgegenzuwirken, lutscht er täglich etwa 20 Bonbons, weshalb er schon Verdauungsprobleme bekommen hat. Seinen Drogenkonsum hat er aus Angst vor weiteren Schädigungen vollständig eingestellt. Wegen seines Halses war er schon mehrere Male bei verschiedenen Ärzten, die allerdings nichts Pathologisches finden konnten. Herr M. ist jedoch der festen Überzeugung, dass die Ärzte etwas übersehen haben könnten, da sein Hals sich nach wie vor »trocken« anfühlt. Er befürchtet, dass der trockene Hals ein Zeichen für Lungen- oder Kehlkopfkrebs sein könnte. Um zu überprüfen, ob eine Veränderung der Symptomatik vorliegt, schluckt er häufig, um festzustellen, ob sich der Hals inzwischen »gebessert« hat. Er hat Schwierigkeiten, sich auf den Inhalt von Vorlesungen zu konzentrieren und wird immer wieder von Gedanken an eine mögliche Krebserkrankung abgelenkt.

Fallbeispiel: Frau J.

Die 30jährige Juristin hat schon seit ihrem 13. Lebensjahr ausgeprägte Krankheitsängste. Damals hatte sie von der Krankheit AIDS und deren Symptomatik erfahren und befürchtet, mit dem HI-Virus infiziert zu sein. Auslöser für die Krankheitsängste sind beispielsweise geschwollene Lymphdrüsen. Sie neigt dann zu körperlichen Selbstuntersuchungen, wie das Abtasten der Lymphdrüsen, was diese meist anschwellen lässt. Obwohl sie seit Jahren in einer festen Partnerschaft lebt und keine anderen sexuellen Kontakte hat, kommt es immer wieder zu Befürchtungen, AIDS zu haben. Zudem sind Ängste vor Krebs aufgetreten. Insbesondere wegen ihrer Kopfschmerzen befürchtet sie, an einem Hirntumor zu leiden. Aufgrund von Vergesslichkeit denkt sie auch daran, eine neurologische Erkrankung wie beispielsweise die Alzheimer-Demenz zu haben. Es vergeht kein Tag, an dem sie nicht an eine Krankheit denkt. Für die Kosten von Arztbesuchen kommt sie teilweise privat auf. Rückversicherungen von Ärzten beruhigen sie für einige Tage, Krankheitsängste treten jedoch immer wieder auf. Aufgrund ihrer Besorgnis um ihre Gesundheit treibt sie täglich Sport und führt Protokoll über ihren Alkoholkonsum, ihr Körpergewicht und ihre sportlichen Aktivitäten. Auch zwischenmenschliche Beziehungen sind durch diese Ängste belastet. Immer wenn gefürchtete Symptome auftreten, müssen der Lebenspartner oder die Mutter »Unbedenklichkeitsbestätigungen« aussprechen, was diese zunehmend stört.

Die Beispiele zeigen, dass die Hypochondrie je nach Art der befürchteten Krankheit, der vermeintlichen Krankheitssymptome und der verschiedenen Verhaltensweisen eine Bandbreite von Phänomenen einschließt. Trotz der individuell unterschiedlichen Ausprägung der Hypochondrie lassen sich Merkmale festhalten, die für die Hypochondrie bezeichnend sind. Auf diese Charakteristika soll nachfolgend eingegangen werden. In ► Kap. 1.5.3 wird darüber hinaus dargestellt, welche Funktion diese Merkmale für die Aufrechterhaltung der Krankheitsangst haben.

1.1.1 Emotionales Merkmal: Ängste

Patienten mit einer Hypochondrie haben Ängste vor ernsthaften Erkrankungen und unterscheiden sich damit nicht von anderen Menschen. Allerdings fällt es den Patienten schwer, sich von Gedanken an die Erkrankung zu distanzieren. Sie schätzen ihre Wahrscheinlichkeit, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, höher ein als die anderer Menschen (z. B. Barsky et al., 2001) und haben besonders negative Vorstellungen über die Folgen ernsthafter Krankheiten. Die Ängste der Patienten können ein solches Ausmaß annehmen, dass es zu Panikattacken kommt. Bei einigen Patienten sind die Ängste auf bestimmte Körperbereiche und Erkrankungen begrenzt. Andere haben, teilweise als Folge ihrer intensiven Auseinandersetzung mit möglichen ernsthaften Erkrankungen, eine Vielzahl von Krankheitsbefürchtungen. Bei Letzteren gibt es nahezu keinen Bereich des Körpers, der noch nicht im Verdacht stand, von einer ernsthaften Krankheit heimgesucht worden zu sein. Während sich die Ängste bei den meisten Patienten nur auf die eigene Person beziehen und sie das Erkrankungsrisiko anderer Menschen für gering halten, sehen einige auch ihre Mitmenschen durch ernsthafte Erkrankungen gefährdet. Diese Patienten weisen andere auf mögliche Gefahren hin und empfehlen die Konsultierung von Ärzten. Meistens betreffen solche Befürchtungen Familienangehörige. In einigen Fällen ängstigen sich Patienten vergleichbar intensiv über vermeintliche eigene Erkrankungen wie über vermeintliche Krankheiten ihrer Familienmitglieder. Bei ausgeprägtem Leidensdruck könnte man diese Form der Krankheitsangst als Hypochondrie »by proxy« bezeichnen.

Hypochondrie by proxy

1.1.2 Körperliche Merkmale

Vielfältige körperliche Symptome oder Veränderungen können die Auslöser für Krankheitsängste darstellen, z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Magen- oder Darmbeschwerden, blaue Blutergüsse, Muskelzuckungen, Veränderungen der Haut. Hierbei können nahezu alle Kör-

perteile und die unterschiedlichsten Symptome Gegenstand hypochondrischer Ängste werden. Es wird davon ausgegangen, dass normale physiologische Vorgänge und anatomische Besonderheiten (z. B. Herzklopfen nach Lagewechsel, ungleichmäßige Konsistenz der Haut, Kurzatmigkeit bei Anstrengungen), harmlose Dysfunktionen und Bagatellkrankheiten (z. B. temporärer Tinnitus, Schluckauf, Durchfall oder Kopfschmerzen), somatische Begleiterscheinungen von intensiven Emotionen (z. B. Schwitzen bei Angst, Erröten bei Verlegenheit, kardiovaskuläre Aktivierung bei Ärger) und tatsächliche körperliche Erkrankungen (z. B. eine Erkältung) zu den vermeintlichen Krankheitssymptomen der Patienten führen können (vgl. Barsky, 1992).

Exkurs

Nehmen Krankheitsängstliche ihre körperlichen Vorgänge besser wahr? - Forschungsstand zur Symptomwahrnehmung bei Hypochondrie

Da Krankheitsängstliche eine Vielzahl von Symptomen spüren, stellt sich die Frage, ob sie tatsächlich sensitiver für körperliche Prozesse sind. Auch wenn dies der Gegenstand einiger Studien war, findet sich in der Literatur keine eindeutige Antwort. Während einige Autoren eine höhere Sensitivität gegenüber körperlichen Prozessen bei Hypochondern nachweisen konnten (z. B. Bianchi, 1971; Gramling et al., 1996; Tyrer et al., 1980), fanden andere keine Unterschiede oder sogar eine schlechtere Wahrnehmung bei Krankheitsängstlichen (z. B. Barsky et al., 1995; Haenen et al., 1997). Generell lässt sich deshalb vermuten, dass Patienten mit Hypochondrie über keine bessere Wahrnehmung körperlicher Vorgänge verfügen, auch wenn das im Widerspruch zu der Hypervigilanz bzgl. des Körpers steht. Es lässt sich jedoch festhalten, dass hypochondrische Personen von mehr Symptomen berichten als gesunde Kontrollpersonen (Barsky et al., 1986; Haenen et al., 1996) und mehr Symptome als Zeichen einer Krankheit sehen (Barsky et al., 1993).

Alle Körperteile können betroffen sein

Im Gegensatz zu anderen somatoformen Störungen leiden Patienten mit Hypochondrie kaum unter den Beschwerden selbst. Vielmehr leiden sie unter den möglicherweise negativen Implikationen der Beschwerden. Das heißt, dass z. B. gelegentlicher leichter Schwindel für die Patienten keinerlei Beeinträchtigung darstellen würde, wenn nicht die Befürchtung bestünde, einen Hirntumor zu haben, seine Merk- und Sprachfähigkeit zu verlieren und frühzeitig unter großen Schmerzen zu sterben. Die intensiven Ängste oder Sorgen bezüglich der körperlichen Symptome können als Teil einer Stressreaktion wiederum zu einer erhöhten physiologischen Erregung führen. Dementsprechend können Schlafstörungen, Ruhelosigkeit, Muskelverspannungen, Nervosität und erhöhte

Abgrenzung zu anderen somatoformen Störungen

Reizbarkeit als Begleiterscheinungen der Hypochondrie auftreten, die dann wiederum Anlass für weitere Befürchtungen sind.

1.1.3 Kognitive Merkmale: Aufmerksamkeitsausrichtung, Krankheits- überzeugungen und Erinnerungen

Aufmerksamkeit intensiv auf Körper gerichtet

Die Aufmerksamkeit Krankheitsängstlicher richtet sich besonders auf den eigenen Körper, die ängstigenden Symptome, sowie Informationen, die sich auf ernste Erkrankungen beziehen. Sie registrieren kleinste körperliche Veränderungen. Dementsprechend können die Patienten ihre Symptome meist in detaillierter Weise beschreiben und kennen auch detaillierte Nuancen dieser Empfindungen. Meist entwickeln sich bei den Patienten zudem Vorstellungen über die körperlichen Schädigungen. Diese sind nicht selten unzutreffend, häufig dramatisch und zuweilen sogar absurd, wie das nächste Fallbeispiel zeigt.

bizarre Vorstellungen

Fallbeispiel zu subjektiven Krankheitsvorstellungen

Langs et al. (2002) berichten in einer Kasuistik über die außergewöhnlichen Vorstellungen eines krankheitsängstlichen Patienten, der bereits einen Herzinfarkt hatte. Dieser Patient berichtete, die Ärzte hätten ihm gesagt, bei dem Infarkt seien zwanzig Prozent seines Herzens abgestorben. Seitdem hatte er die Vorstellung, dass dieser Teil des Herzens »vergammelt« und irgendwann durch eine Operation entfernt werden muss. Jedes Mal, wenn er Druck auf der Brust spürte, hielt er die Verwesung für so weit fortgeschritten, dass nun die Zeit für die Operation gekommen sei. Um den Eingriff hinauszuzögern, vermied er kardiologische Untersuchungen seit dem Herzinfarkt vollständig.

Informationssuche führt zur Bestätigung der Hypothesen

Hypochondrische Patienten achten auf krankheitsrelevante Informationen und erinnern sich gut daran, welche Geschehnisse zu einer körperlichen Schädigung führen können oder welche Personen woran erkrankten. Allerdings ist die Aufmerksamkeit in einer Hypothesen bestätigenden Weise ausgerichtet und führt auf diesem Weg eher zu einer Bestätigung als zu einer Widerlegung der Befürchtungen (vgl. Hitchcock & Mathews, 1992).

1.1.4 Verhaltensbezogene Merkmale

Rückversicherung

Infolge der massiven Ängste zeigen die meisten hypochondrischen Patienten ein ausgeprägtes Rückversicherungsverhalten. Innerhalb dessen sind es die häufigen Arztbesuche, die das gesellschaftliche Bild der Patientengruppe am stärksten geprägt haben.

Exkurs

Literarische Darstellung der Hypochondrie im 17. Jahrhundert

Das gesellschaftliche Bild des Hypochonders ist nicht zuletzt durch Molières 1673 verfasstes Theaterstück des »Eingebildeten Kranken« geprägt worden. In diesem befürchtet der Protagonist Argan, ernsthaft körperlich krank zu sein. Aufgrund der Hoffnungen, die er in die Medizin setzt, möchte er seine Tochter wider ihren Willen mit einem Arzt verheiraten, um einen ständigen Helfer in seiner Nähe zu wissen. Zudem wird Argan als unkritischer Anhänger der damaligen medizinischen Praktiken dargestellt, die sich stark an der antiken Lehre von den Temperamenten und Körpersäften orientierten und heute recht zweifelhaft erscheinen. Die zu dieser Zeit ausgeübten Interventionen bestanden vornehmlich aus Darmspülungen und Aderlässen, und Argan ertrug diese Behandlungen zuhauf in der Hoffnung auf Besserung. Oft trugen solche Behandlungen eher zu einer Verschlechterung der Symptomatik der Patienten bei, und so erging es auch Argan.

Für die meisten Patienten ist der Vergleich ihrer Probleme mit denen Argans wenig schmeichelhaft. Allein die Bezeichnung »eingebildeter Kranker« legt nahe, dass die Patienten sich ihre Symptome nur einbilden und sie in Wirklichkeit gar keine Beschwerden haben. Auch sind Patienten mit Krankheitsängsten der Medizin gegenüber nicht ganz so unkritisch eingestellt, denn sie befürchten das Öfteren, dass sich die Ärzte geirrt haben. Während Argan eher wie ein Somatisierungspatient auf eine medizinische Behandlung drängte, wollen Krankheitsängstliche vom Arzt eher die Versicherung der eigenen Gesundheit.

Wissenschaftliche Studien bestätigen, dass die Patienten sehr häufig die Rückversicherung bei Medizinern suchen. Eigenen Daten zufolge gehen hoch krankheitsängstliche Personen etwa 24 Mal im Jahr zum Arzt (Bleichhardt & Hiller, 2006). Stationär behandelte Hypochondrie-Patienten gehen durchschnittlich sogar 58 Mal im Jahr zum Arzt (Bleichhardt et al., 2005). Würde die ärztliche Rückversicherung auch zu langfristigen Erfolgen führen, wären die Zahlen vermutlich längst nicht so hoch: Ein weiteres wichtiges Merkmal der Hypochondrie ist, dass Rückversicherung nicht endgültig beruhigt. Sehr bald ent-

**durchschnittlich alle
2 Wochen ein Arztbesuch**

stehen bei den Patienten wieder Zweifel, ob nicht doch etwas übersehen wurde.

Exkurs

Die Beziehung zwischen Arzt und hypochondrischem Patient

In einer anonymen Befragung von Allgemeinärzten und Internisten geben 54% der Befragten an, hypochondrische Patienten weniger gern zu behandeln als andere Patienten (Bleichardt & Weck, 2006). Umgekehrt sind auch hypochondrische Patienten mit ärztlichen Behandlungen unzufriedener als andere Patienten (Barsky et al., 1991) und geben an, sich nicht gründlich genug untersucht zu fühlen (Noyes et al., 1993). Insgesamt ist die Beziehung von Ärzten und Krankheitsängstlichen oft schwierig. Dafür sind für die Arztseite folgende Gründe zu sehen:

1. Die Aufgabe von Medizinern ist es, Krankheiten zu entdecken und zu behandeln. Der Patient mit Hypochondrie ist in den Augen des Arztes »objektiv« gesund. Alle notwendigen Untersuchungen wurden bereits durchgeführt. Indem er dem Patienten zum wiederholten Mal versichert, dass die befürchtete Krankheit nicht vorliegt, kommt er nicht seiner eigentlichen Aufgabe nach. Häufig fühlen sich die Ärzte deshalb verständlicherweise missbraucht.
2. Einerseits benötigen die Patienten die ärztliche Rückversicherung sehr, andererseits können sie dieser aber nicht dauerhaft vertrauen. Dies zeigt sich daran, dass sie mit dem gleichen Anliegen immer wieder kommen. Das führt natürlich dazu, dass sich die Mediziner nicht ernst genommen fühlen. Kommt hinzu, dass der Patient eigenmächtig eine Vielzahl von Ärzten aufsucht und wenn dies der Mediziner erfährt, kann er sich außerdem hintergangen fühlen.
3. Arztkonsultationen von Krankheitsängstlichen sind, wie oben geschildert, sehr häufig. Das gegenwärtige Abrechnungssystem in Deutschland sorgt dafür, dass der Arzt normalerweise bereits für den zweiten Kontakt im Quartal kein zusätzliches Honorar mehr erhält. Darüber hinaus ist die Zeit, die Ärzte für ihre Patienten aufwenden können, i.d.R. knapp bemessen. Ein hypochondrischer Patient hat sich oft Fragen zurecht gelegt, die er vom Arzt beantwortet haben will. Versteht er die Antworten nicht gleich, fragt er so lange hartnäckig nach, bis sich die Äußerungen des Mediziners in sein Gesamtbild integrieren lassen. Oft sind nicht nur eine Krankheitsbefürchtung, sondern gleich mehrere zu beruhigen, was dazu führt, dass der durchschnittliche Arztkontakt mit einem Krankheitsängstlichen länger dauert als der mit den meisten anderen Patienten.



4. Was den Patienten längerfristig helfen könnte, ist eine Psychotherapie. In den ersten Jahren ihrer Erkrankung wollen die meisten Patienten das jedoch nicht wahrhaben. Der Arzt, der seinem Patienten eine Therapie nahe legen möchte, hat es deshalb nicht leicht und wird sehr schnell missverstanden (»Sie denken also, ich bilde mir das alles nur ein?«). Erschwerend kommt hinzu, dass die Ausbildung der Organmediziner bezüglich psychischer Störungen und Gesprächsführung rudimentär ist. Ärzte sind wenig dafür ausgebildet, Zusammenhänge zwischen dem Erleben ihrer Patienten und physiologischen Prozessen adäquat zu erklären und scheuen deshalb häufig davor zurück.

Da es den Patienten oft peinlich ist, ständig den gleichen Arzt aufzusuchen und sie zudem die Erfahrung machen, dass sie von Mal zu Mal oberflächlicher untersucht werden, bleiben sie nicht bei einem Allgemeinarzt oder Internisten, sondern suchen weitere Ärzte dieser Fachrichtungen sowie andere Fachärzte auf. Den häufigen Arztwechsel bezeichnet man in der englischen Fachsprache auch als »Doctor Hopping«, im Deutschen zuweilen auch als »Doctor Shopping«.

Doctor Hopping

Krankheitsängstliche versichern sich nicht nur bei Medizinern ihrer Gesundheit. Vor dem Arztbesuch steht häufig die Rückversicherung bei Familienangehörigen und Freunden. Auch wenn die Patienten sich meist bewusst sind, dass die Rückversicherungen von Nicht-Medizinern nicht lange vorhalten, ist es für sie dennoch beruhigend zu erfahren, dass andere sie nicht für schwer krank halten oder ähnliche Symptome bereits auch schon einmal gehabt haben. Eine weitere Quelle von Rückversicherungen können Gesundheitsratgeber, Fachbücher, das Internet oder Servicenummern der Krankenkassen sein. Besonders das Internet erfreut sich in der letzten Zeit großer Popularität. Es trägt jedoch durch die Vielfältigkeit der Informationen zur massiven Verunsicherung der Patienten bei. Ein Fallbeispiel zur Internetrecherche findet sich in ► Kap. 1.5.3. Internet, Fachbücher oder Servicenummern haben für die Betroffenen den Vorteil, dass man anonym bleiben kann. Mit der Zeit führen Rückversicherungen bei Personen häufig zu sozialen Schwierigkeiten: Die Patienten werden nicht nur bei Ärzten immer unbeliebter, sondern auch ggf. in ihrem Freundeskreis als »Hypochonder« und »Nervensägen« abgestempelt. Einige Patienten empfinden auch Schamgefühle, wenn sie andere Menschen wegen ihrer Ängste »belästigen«, wissen jedoch oft keinen anderen Weg im Umgang mit den Ängsten.

Internet zur Rückversicherung

Vermeidung von Arztbesuchen

Vermeidung

Gegensätzlich zum Rückversicherungsverhalten ist das ausgeprägte Vermeidungsverhalten, das einige Patienten in Folge ihrer Ängste zeigen. So vermeiden manche Patienten sogar gerade den Arztbesuch:

Fallbeispiel: Frau S.

Frau S., eine 36jährige Sekretärin, leidet seit ihrer Schwangerschaft vor 11 Jahren unter Krankheitsängsten. Damals hatten Ärzte schwerwiegende Fehldiagnosen gestellt und prognostiziert, dass ihr Sohn mit einer schweren Behinderung zu Welt kommen wird. Ihr Sohn ist jedoch gesund geboren worden. Durch diese Erfahrung ist ihr bewusst geworden, wie schnell das Leben »aus der Bahn« geraten kann. Zunehmend beobachtet sie ihren Körper und führt häufig Selbstuntersuchungen durch. Wenn sie dabei etwas bemerkt, was ihr pathologisch erscheint, ist sie in diesem Moment überzeugt, eine tödliche Krebserkrankung zu haben. Mit diesen Überzeugungen sind massive depressive Reaktionen verbunden. Die schlimmste Vorstellung ist für sie, eines Tages nicht mehr für ihren Sohn sorgen zu können. Den Arztbesuch vermeidet sie, da dieser die befürchtete Diagnose nur noch bestätigen könnte und nimmt damit lieber eine monatelange Ungewissheit und »Todesangst« in Kauf. Nur auf intensives Einwirken ihrer Mutter und ihres Lebenspartners kann sie sich schließlich beim Arzt vorstellen. Bis zur letzten Sekunde hält sie es für sehr wahrscheinlich, dass dieser ihre schlimmste Befürchtung bestätigen wird.

Aufgrund ihrer negativen Erwartungen befürchten die Patienten eine Bestätigung ihrer Krankheitsideen. Einige Patienten schieben den Arztbesuch deshalb lange vor sich her. Wenn sie sich dann doch dazu überwinden, fühlen sie sich immer unwohler, je näher der Termin rückt.

Das Vermeidungsverhalten kann unterschiedlich generalisiert sein. Einige vermeiden alle Situationen oder Reize, die mit den Themen Krankheit oder Tod zu tun haben. Oft werden auch Besuche von Freunden im Krankenhaus, Beerdigungen, Gesundheitssendungen, Arztserien oder Todesanzeigen in Zeitungen vermieden. Je nach Krankheitsbefürchtungen können auch spezifischere Formen der Vermeidung auftreten, um mögliche Schädigungen abzuwenden oder deren Einfluss zu reduzieren. Ähnlich wie bei der Panikstörung findet man bei Patienten mit Krankheitsbefürchtungen bzgl. des Herzkreislaufsystems häufig die Vermeidung körperlicher Anstrengungen.

Ein kleiner Teil der Patienten führt ein extrem gesundheitsbewusstes Leben. Einige führen Listen über ihre sportlichen Aktivitäten, schränken ihren Alkoholkonsum ein und legen großen Wert auf eine gesunde

Ernährung. Paradoxerweise zeigt sich jedoch insgesamt, dass hypochondrische Patienten sich durchschnittlich ebenso vielen Gesundheitsrisiken (z. B. Rauchen, ungesunde Ernährung) aussetzen wie andere Menschen (Kellner et al., 1987).

Kontrollieren des Körpers: Body Checking

In der Hoffnung auf Sicherheit und Beruhigung kontrollieren die Patienten ihren Körper auf vielfältige Art und Weise. In der englischsprachigen Literatur wird dieses Kontrollverhalten als Body Checking bezeichnet. Body Checking kann abhängig von den Krankheitsbefürchtungen auf sehr unterschiedliche Weise ausgeführt werden.

Typische Beispiele für Body Checking

- tägliche Untersuchung der weiblichen Brust aus Angst vor Brustkrebs
- Betrachtung jedes Stuhlgangs aus Angst vor Darmkrebs
- Messung von Blutdruck und / oder Puls aus Angst vor Herz-erkrankungen
- Häufiges Überprüfen des Gewichts aus Angst vor Gewichtsverlust aufgrund von Krebs
- Absuchen der Haut nach Veränderungen aus Angst vor Hautkrebs
- Abtasten der oberen Bauchregion aus Angst vor Magenkrebs
- Sehtests, z. B. Lesen von weit entfernten Texten aus Angst vor einem Gehirntumor oder neurologischen Erkrankungen
- Laufen auf einer Linie, Berühren der Nase mit geschlossenen Augen aus Angst vor neurologischen Erkrankungen
- Abtasten der Lymphknoten aus Angst, mit HIV infiziert worden zu sein
- Testen der körperlichen Fitness

Sportliche Übungen können eine Form von Body Checking sein, wenn der Betreffende damit seine körperliche Fitness regelmäßig testet. Sie können aber auch vermieden werden, weil dabei unangenehme Körpersymptome auftreten, die mit Krankheiten assoziiert werden. Eine genaue Exploration, z. B. mit Hilfe einer Verhaltensanalyse (► Kap. 3.1.5), bringt hier die notwendige Klarheit, welche Verhaltensweisen im Sinne einer Reaktionsverhinderung vermindert und welche im Sinne einer Konfrontation gesteigert werden sollten. Genauere Anleitung zu diesen Strategien finden sich in ► Kap. 3.3.

Einige Formen des Body Checkings sind recht subtil und nicht immer gleich als solche erkennbar, wie z. B. das Überprüfen des Gedächtnisses, indem der Patient versucht, sich sinnfreie Dinge einzuprägen.

subtiles Kontrollverhalten

Gelingt es dem Patienten, so ist er kurzweilig beruhigt, da er dies als Gegenargument für eine Erkrankung wertet. Unter Umständen gleicht Body Checking den Zwangshandlungen innerhalb einer Zwangsstörung und ist auch ganz ähnlich zu behandeln (► Kap. 3.3.1). In diesen Fällen wird das Verhalten extrem häufig, z. B. dreißig Mal am Tag, durchgeführt und von den Patienten selbst als unsinnig erkannt.

1.2 Begriffsbestimmung

1.2.1 Geschichte des Begriffs »Hypochondrie«

ca. 460-370 v. Chr.

Der Begriff »Hypochondrie« geht bis in die Antike zurück. Hippokrates (ca. 460-370 v. Chr.) verwendete das griechische Wort »Hypochondrium« anatomisch, um den Bereich unter den Rippenknorpeln zu bezeichnen. Das Wort Hypochondrium setzt sich aus den Wörtern »hypo« (unter) und »chondros« (Knorpel oder falsche Rippen) zusammen. Die Griechen glaubten damals, dass die Erkrankung innerer Organe die Quelle für psychische Störungen ist. Autoren der Antike sahen einen Zusammenhang der Störung des Hypochondriums mit Verdauungsstörungen, aber auch mit der Schwermütigkeit (vgl. Berrios, 2001).

17. und 18. Jahrhundert

Im 17. und 18. Jahrhundert wurde die Hypochondrie immer mehr als ein eigenständiges Störungsbild gesehen, das sowohl körperliche und psychische Symptome umfasst. Der Hypochondrie wurden vegetative Störungen, vor allem gastrointestinale und kardiovaskuläre Symptome und psychische Auffälligkeiten wie traurige Stimmung und Zerstreuung zugeordnet. Zudem sah man eine Störung des Gehirns als ursächlich für die Hypochondrie an. Allerdings wurden der Hypochondrie zunehmend weitere verschiedene körperliche Symptome zugeordnet, so dass die Abgrenzung zu anderen körperlichen und psychischen Erkrankungen immer schwieriger wurde.

19. Jahrhundert

In dieser Zeit galt die Hypochondrie als Zeichen höherer »geistiger« Veranlagung und war vor allem in England als Zivilisations- und Modekrankheit weit verbreitet (vgl. Morschitzky, 2000). Während die Hypochondrie zuvor als genetisch und körperlich begründet galt, wurde sie im 19. Jahrhundert zunehmend als moralische Schwäche und als Folge einer moralischen oder intellektuellen Beeinträchtigung gesehen. Die Hypochondrie verlor den Stellenwert eines eigenständigen Krankheitsbildes und wurde als krankhafte Angst vor Krankheiten verstanden, die bei allen möglichen Erkrankungen auftreten kann.

Beschreibungen des 19. Jahrhunderts lassen darauf schließen, dass der Begriff damals erstmalig so verwendet wurde, wie wir es heute noch tun. So vermutet man, dass Falret 1822 der Erste war, der falsche Überzeugungen über eine angegriffene Gesundheit als ein Charakteristikum der Hypochondrie beschrieben hat (vgl. Kellner, 1986). Interessanter-

weise wurde bereits 1866 von Gull formuliert, dass das Lesen über medizinische Themen die Menschen oft in eine hypochondrische Gemütsverfassung versetzt (vgl. Kellner, 1986). Beard definierte die Hypochondrie 1880 als Wahnvorstellung einer körperlichen Erkrankung (vgl. Kellner, 1986).

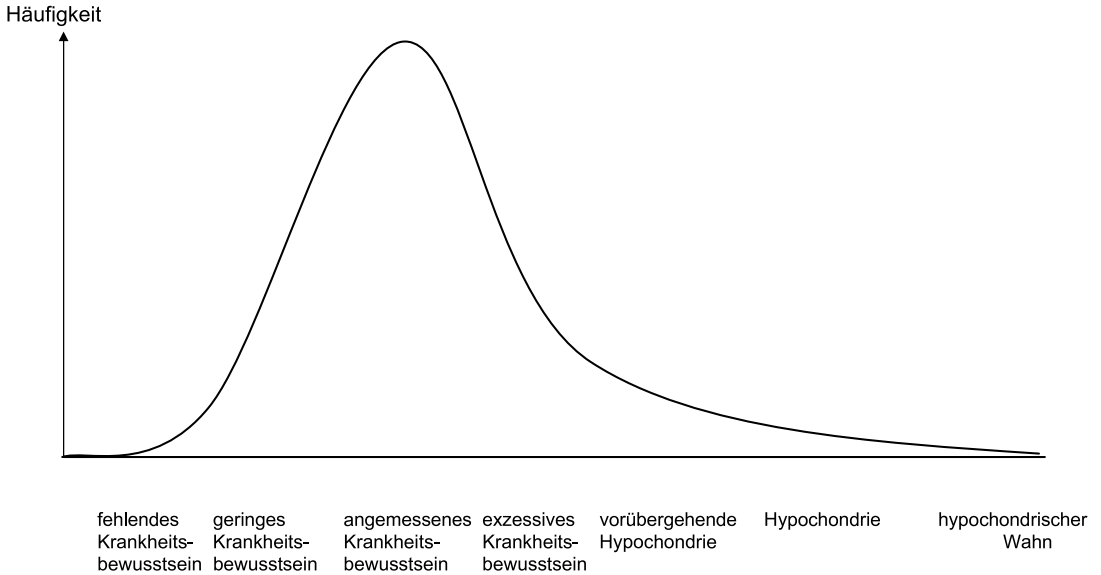
1.2.2 Weitere Begriffe für Hypochondrie

Aufgrund der genannten negativen Konnotationen des Wortes Hypochondrie scheint es geeigneter, im Umgang mit Patienten den Begriff Krankheitsangst zu verwenden. Dieser drückt inhaltlich korrekt und für jedermann verständlich aus, was gemeint ist. Konkurrierend existiert, besonders auch im englischsprachigen Raum, der Begriff Gesundheitsangst bzw. health anxiety. Nach Ansicht der Autoren ist dieser Ausdruck weniger geeignet, da sich die Patienten nicht unbedingt verstärkte Sorgen um ihre allgemeine Gesundheit und eine gesunde Lebensführung machen, sondern Ängste vor ganz bestimmten, ernsthaften Krankheiten haben. Von einigen Wissenschaftlern werden zudem noch weitere Begriffe für Krankheitsangst verwendet. So existiert im Deutschen noch der Begriff der Gesundheitsorgen, im Englischen die Ausdrücke »intense illness worries« oder »health worries«. Der Ausdruck »Krankheitsphobie« oder »illness phobia« wird fälschlicherweise ebenfalls synonym verwendet, auch wenn er eigentlich eine andere, der Krankheitsangst verwandte Symptomatik meint (► Kap. 1.3.4).

»Krankheitsangst« geeigneter als Hypochondrie

1.2.3 Die dimensionale Betrachtung der Hypochondrie

Das DSM-IV und die ICD-10 verfolgen mit der Definition aller psychischen Störungen einen kategorialen Ansatz. Auch wenn dieses Vorgehen pragmatisch und häufig auch ausreichend ist, zeigt sich, dass die Spanne hypochondrischer Ängste weiter reicht und auch andere Phänomene beinhaltet. So finden sich in empirischen Untersuchungen Hinweise darauf, dass Unterschiede zwischen hypochondrischen und nicht hypochondrischen Personen eher quantitativ als qualitativ sind (Barsky et al., 1986). Um das gesamte Spektrum hypochondrischer Ängste erfassen zu können, wurde deshalb eine Sichtweise vorgeschlagen, bei der hypochondrische Phänomene dimensional, entlang eines Kontinuums angeordnet sind (z. B. Schmidt, 1994). Um die kategoriale von der dimensional Konzeptualisierung zu trennen, wird für Ersterer häufig der Begriff **Hypochondrie**, für die Zweite oft der Ausdruck **Krankheitsangst** verwendet.



■ **Abb. 1.1.** Spektrum der Krankheitsangst

➤ Krankheitsangst bezeichnet das Spektrum der Angst, eine schlimme Krankheit zu haben. Hypochondrie ist eine kategoriale Definition dieser Krankheitsangst, wobei eine bestimmte Schwelle hoher Krankheitsangst überschritten sein muss. Die gängigste Festlegung dieser Schwelle stammt aus den Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10.

■ **Abb. 1.1** veranschaulicht das gesamte Spektrum der Krankheitsangst. Dabei entsprechen hohe Ausprägungen von Krankheitsangst in etwa der Hypochondrie.

hypochondrischer Wahn

Als besonders extreme Ausprägung ist der hypochondrische Wahn zu bezeichnen, bei dem die Patienten zeitlich durchgehend unabrückbar davon überzeugt sind, unter einer schweren Krankheit zu leiden. Diese Störung gehört in das psychotische Spektrum. Treten krankheitsbezogene Wahnvorstellungen relativ isoliert auf, können sie als wahnhaftige Störung diagnostiziert werden. Liegen zudem andere wahnhaftige Vorstellungen oder Halluzinationen vor, ist der hypochondrische Wahn gewöhnlich Teil des klinischen Bildes einer Major Depression mit psychotischen Symptomen oder einer Schizophrenie. Die Behandlung erfolgt mit Antipsychotika. Das vorliegende Manual ist kaum für die Behandlung des hypochondrischen Wahns geeignet.

Personen mit besonders niedriger Ausprägung der Krankheitsangst fehlt ein angemessenes Krankheitsbewusstsein. In diesem Fall übersehen Betroffene ernste Krankheitszeichen, vernachlässigen empfohlene Kontrolluntersuchungen, setzen sich Gesundheitsrisiken aus und können ihrer Gesundheit dadurch ernsthaften Schaden zufügen.

Vorübergehende hypochondrische Ängste, die kürzer als sechs Monate bestehen, können bei Menschen in verschiedenen Lebenssituationen auftreten. Zumeist haben diese Situationen etwas mit Krankheit zu tun, z. B. im Zusammenhang mit einer somatischen Erkrankung, während der Erholung von einer akuten Krankheit, nach lebensbedrohlichen Krankheiten (z.B. einem Herzinfarkt in Folge einer koronaren Herzerkrankung), während der Betreuung von lebensbedrohlich erkrankten Familienangehörigen oder Freunden oder nach einem Trauerfall. Intensiven Kontakt mit Krankheiten und Erkrankten haben auch Medizinstudenten. Bei dieser Gruppe finden sich Krankheitsängste häufig. Ältere Studien berichten, dass etwa 70-80% der Medizinstudenten unter hypochondrischen Ängsten leiden (Hunter et al., 1964; Wodds et al., 1966). Neuere Studien weisen darauf hin, dass hypochondrische Ängste bei Medizinstudierenden von vorübergehender Natur sind (Moss-Morris & Petri, 2001).

vorübergehende hypochondrische Ängste

1.2.4 Primäre und sekundäre Hypochondrie

In der Literatur findet sich zuweilen die Unterscheidung von primärer und sekundärer Hypochondrie. Auch wenn die Ausdrücke in diesem Buch bewusst keine Verwendung finden, sollen sie hier erklärt werden. Leider wird die Abgrenzung der beiden Begriffe nicht ganz einheitlich getroffen (vgl. Starcevic, 2001).

Barsky et al. (1993) machen die Trennung der Begriffe allein an der Komorbidität fest: Tritt die Hypochondrie allein auf, wird von primärer Hypochondrie gesprochen. Liegt eine Komorbidität mit Angststörungen und/oder depressiven Störungen vor, sollte der Ausdruck sekundäre Hypochondrie gewählt werden. Dem gegenüber sprechen andere (z. B. Starcevic, 2001) von primärer Hypochondrie, wenn diese als Erst- oder Hauptdiagnose vorliegt. Diese steht im Mittelpunkt der klinischen Aufmerksamkeit, und sie ist der Grund dafür, dass der Patient die psychotherapeutische Behandlung aufsucht. Ist eine andere Störung, zumeist Panikstörung oder Major Depression, die Hauptdiagnose und treten in diesem Zusammenhang hypochondrische Ängste auf, handelt es sich um eine sekundäre Hypochondrie. Diese ist häufiger als die primäre Hypochondrie, und in der Regel ist sie auch weniger stark ausgeprägt.

Als Unterstützung für die Trennung von primärer und sekundärer Hypochondrie könnte man anführen, dass eine sekundäre Hypochondrie sich durch die erfolgreiche Behandlung der Haupterkrankung bessert. Dies konnte für Panikstörungen (Noyes et al., 1986) und Depressionen (Kellner et al., 1986) gezeigt werden.

unterschiedliche Definitionen

- In diesem Buch ist mit »Krankheitsangst« stets eine hohe Ausprägung von Krankheitsangst gemeint. Die Begriffe Krankheitsangst und Hypochondrie werden weitgehend synonym verwendet.

1.3 Diagnostik

1.3.1 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV und ICD-10

Hypochondrie als Angststörung

Sowohl das DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) als auch die ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2000) führen die Hypochondrie unter dem Kapitel somatoforme Störungen auf (■ Tab. 1.1). In der ICD-10 erhält die Hypochondrie die Ziffer F45.2, im DSM-IV die Ziffer 300.7.

Sowohl aus theoretischer als auch aus therapeutischer Perspektive wird von vielen argumentiert, die Hypochondrie besser als Angststörung zu klassifizieren und diese in »health anxiety disorder« umzubenennen (vgl. Olatunji et al., 2009). Sowohl bei der Darstellung des Störungsmodells (► Kap. 1.5), als auch bei der Behandlung der Hypochondrie (► Kap. 3) wird deutlich werden, dass viele Parallelen zu Angststörungen bestehen. Die diagnostischen Kriterien der Hypochondrie nach DSM-IV und ICD-10 sind nachfolgend gegenübergestellt (■ Tab. 1.2).

Es finden sich keine grundlegenden Unterschiede in den beiden Diagnosesystemen. Beide beschreiben die Angst oder die Überzeugung an einer ernsthaften körperlichen Erkrankung zu leiden als Hauptmerkmal der Hypochondrie. Zudem wird sowohl im DSM-IV als auch in der ICD-10 die Hypochondrie als chronische Störung betrachtet, bei der die Krankheitsängste bzw. -überzeugungen für mindestens sechs Monate bestehen müssen. Auch muss gemäß beider Systeme die Beschäftigung mit Krankheitsängsten trotz medizinischer Rückversicherung bestehen bleiben.

geringfügige Unterschiede

Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen finden sich nur geringfügige Unterschiede: Der auffälligste Unterschied betrifft die körperdysmorphe Störung, die beim DSM-IV ein separates Störungsbild darstellt, in der ICD-10 aber als spezielle Form der Hypochondrie eingeordnet wird. Weiterhin dürfen gemäß ICD-10 nicht mehr als zwei Krankheiten befürchtet werden. Ein weiterer Unterschied ist, dass die Hypochondrie gemäß DSM-IV nur diagnostiziert werden kann, wenn sich die Krankheitsängste oder -überzeugungen auf fehlinterpretierte körperliche Missempfindungen beziehen. Außerdem lässt sich im DSM-IV noch der Zusatz »mit geringer Einsicht« klassifizieren, 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. Eine kritische Diskussion dieser Unterschiede findet sich im nächsten Abschnitt (► Kap. 1.3.2).

1.3.2 Kritik an den diagnostischen Kriterien

Die Definitionen der Hypochondrie anhand der DSM- bzw. ICD-Kriterien sind nicht ohne Kritik geblieben (z. B. Salkovskis & Clark, 1993;

■ **Tab. 1.1.** Gegenüberstellung der somatoformen Störungen nach DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
Somatisierungsstörung (300.81)	Somatisierungsstörung (F45.0)
Undifferenzierte somatoforme Störung (300.81)	Undifferenzierte somatoforme Störung (F45.3)
–	Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)
Schmerzstörung (307)	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
Hypochondrie (300.7)	Hypochondrische Störung (F45.2)
Körperdysmorphie Störung (300.7)	Dysmorphophobie Störung (F45.2)*
Konversionsstörung (300.11)	Konversionsstörung (F44)**

* die körperdysmorphie Störung wird in der ICD-10 als »Unterform« der hypochondrischen Störung aufgeführt
 ** die Konversionsstörung findet sich in der ICD-10 im Kapitel F44 (dissoziative und Konversionsstörungen)

■ **Tab. 1.2.** Diagnosekriterien der Hypochondrie nach DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
A. Übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, was auf einer Fehlinterpretation körperlicher Symptome durch die betreffende Person beruht.	A. Entweder 1. oder 2. 1. Eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung an höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (von denen mindestens eine speziell von den Patienten benannt sein muss) zu leiden. 2. Anhaltende Beschäftigung mit einer vom Betroffenen angenommenen Entstellung oder Missbildung (dysmorphophobie Störung).
B. Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten bleibt trotz angemessener medizinischer Abklärung und Rückversicherung durch den Arzt bestehen.	C. Hartnäckige Weigerung, die medizinische Feststellung zu akzeptieren, dass keine ausreichende körperliche Ursache für die körperlichen Symptome bzw. Entstellung vorliegt. Vorübergehende Akzeptanz der ärztlichen Mitteilung allenfalls für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen oder unmittelbar nach einer medizinischen Untersuchung spricht nicht gegen die Diagnose.
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. Ausschlussklausel: Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2, insbesondere F22) oder einer affektiven Störung (F3) auf.
D. Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	B. Die ständige Sorge um diese Überzeugung und um die Symptome verursacht andauerndes Leiden oder eine Störung des alltäglichen Lebens und veranlasst die Patienten, um medizinische Behandlung oder Untersuchungen (oder entsprechende Hilfe von Laienheilern) nachzusuchen.
E. Die Dauer der Störung beträgt mindestens sechs Monate.	siehe A. (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.	siehe D.

Formulierung nicht eindeutig

Starcevic, 2001). Nachfolgend sollen die wichtigsten Aspekte dieser Kritik dargestellt werden.

Rückversicherung

Dass die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten trotz angemessener medizinischer Abklärung und Rückversicherung durch den Arzt bestehen bleibt, setzt voraus, dass es eine eindeutige Definition dafür gibt, was eine angemessene medizinische Abklärung und Rückversicherung ist. »Angemessen« ist nicht präzise formuliert und kann selbst unter Fachleuten unterschiedlich aufgefasst werden. So könnte beispielsweise ein Hausarzt bezüglich bestimmter Symptome eine ganz andere Vorstellung von einer »angemessenen medizinischen Abklärung« haben als ein Facharzt oder Spezialist in dem betreffenden Krankheitsgebiet. Außerdem reagieren die Patienten auf unterschiedliche Rückversicherungen variabel. Dies ist z. B. davon abhängig, welche Untersuchungen durchgeführt wurden. So sind einige Patienten vielleicht beruhigt, wenn ein aufwändiges bildgebendes Verfahren durchgeführt wurde, entwickeln jedoch einige Wochen später andere Krankheitsängste. Es erscheint auch unlogisch, die Definition einer Störung von der fehlenden Fähigkeit einer Person (des Arztes) zur Beruhigung abhängig zu machen. Zu berücksichtigen ist auch, dass ein Teil hypochondrischer Personen Arztbesuche vermeidet. Zudem erfolgt die Suche nach Rückversicherung häufig nicht nur bei Medizinern, sondern auch bei Angehörigen, Freunden und durch die Recherche im Internet oder in medizinischer Fachliteratur.

abridged hypochondriasis

In einer großen internationalen Studie konnte gezeigt werden, dass sich Personen, die das Kriterium, in dem es um die Überzeugung trotz medizinischer Abklärung geht (Kriterium B des DSM-IV), nicht erfüllten, hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung nicht von denjenigen unterschieden, die das Kriterium erfüllten (Gureje et al., 1997). Dementsprechend schlugen die Forscher vor, die diagnostischen Kriterien der Hypochondrie um dieses Kriterium zu kürzen (»abridged hypochondriasis«).

Körperdysmorphie Störung als Variante

Die Sichtweise der ICD-10, die körperdysmorphie Störung als »Variante« der Hypochondrie zu sehen, ist umstritten und wird weder durch klinische Beobachtungen noch durch Untersuchungsbefunde gestützt. Bis auf die übereinstimmende Überzeugung, dass mit dem Körper »etwas nicht in Ordnung ist« lassen sich kaum Parallelen mit der Hypochondrie finden.

Nicht mehr als zwei Krankheiten dürfen befürchtet werden

In der ICD-10 wird festgelegt, dass die Überzeugungen höchstens zwei schwere körperliche Krankheiten betreffen dürfen. Diese Spezifizierung erscheint willkürlich. Es drängt sich hierbei die Frage auf, welche Diag-

nose an Stelle der Hypochondrie gestellt werden sollte, wenn ein Patient im gleichen Zeitraum von sechs Monaten drei verschiedene Krankheiten befürchtet. Dies passiert gar nicht so selten: In der Regel besteht dann eine Hauptbefürchtung und daneben weitere, nicht ganz so vorrangige Krankheitsbefürchtungen.

Krankheitsangst bezieht sich auf eine Fehlinterpretation körperlicher Symptome

In seltenen Fällen kommt es vor, dass Patienten ausschließlich andere Argumente für ihre Krankheitsüberzeugungen heranziehen als körperliche Empfindungen. Zum Beispiel gibt es Patienten, die fürchten, HIV-positiv zu sein. Eine HIV-Infektion bleibt oft über Jahre hinweg ohne körperliche Symptome.

Zusatzkodierung »mit geringer Einsicht«

Fraglich erscheint auch der Nutzen der DSM-Spezifizierung »mit geringer Einsicht«. Auch wenn durch diese zusätzliche Klassifikationsmöglichkeit Informationen über den Schweregrad vermittelt werden könnten, wird allgemein kritisiert, dass sich bei der Hypochondrie in dieser Form zwei Subtypen nicht von einander trennen lassen. Zudem halten die meisten Patienten mit einer Hypochondrie ihre Überzeugung für begründet.

Hartnäckige Weigerung, die ärztliche Feststellung zu akzeptieren

Diese in der ICD-10 gewählte Formulierung (im Englischen: »persistent refusal to accept medical reassurance«) für die nicht langfristige Wirkung der ärztlichen Rückversicherung (Kriterium C) unterstellt hypochondrischen Patienten, sie würden die Äußerung des Arztes bewusst ablehnen. Hypochondrische Patienten täten i.d.R. nichts lieber als die ärztliche Feststellung zu akzeptieren, dass sie gesund sind. Die Bezeichnung »Weigerung« ist unzutreffend und trägt zu einer weiteren Stigmatisierung der Patienten bei.

1.3.3 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Krankheitsängsten

Diagnostische Interviews

Die Diagnose einer hypochondrischen Störung bzw. Hypochondrie lässt sich nach der ICD-10 oder dem DSM-IV stellen. Hierzu bieten sich strukturierte Interviews an. Alle gängigen Diagnoseverfahren beinhalten die Kriterien zur Hypochondrie.

Das **Diagnostische Interview für psychische Störungen** (DIPS; Margraf et al., 2005) bietet gute und ausführliche Fragenformulierungen,

DIPS

SKID-I

um nach DSM-IV und ICD-10 zu diagnostizieren. Auch werden hier weitere, therapierelevante Aspekte erfragt (z. B. befürchtete Krankheiten, Körpersymptome). Der Hypochondrie-Teil im **Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV Achse I** (SKID-I; Wittchen et al., 1997b) ist knapper gehalten und somit für die rein kriteriumsbezogene Diagnostik nach DSM vielleicht noch besser geeignet. Vollständig standardisiert, d.h. ohne Spielraum für den Diagnostiker, ist das **Composite International Diagnostic Interview** (CIDI; Wittchen et al., 1997a). Das CIDI erfragt die Hypochondrie in wenigen, jedoch etwas komplexen Sätzen nach DSM-IV sowie ICD-10.

CIDI

IDCL

Eine praktische Alternative für diagnostisch geschulte Interviewer bieten die **Internationalen Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10** (IDCL; Hiller et al., 1997b). In diesen sind die diagnostischen Kriterien in zwei alternativen Listen, eine für DSM-IV, die andere für ICD-10, übersichtlich abgebildet. Das konkrete diagnostische Vorgehen ist dabei weniger festgelegt bzgl. der genauen Frageformulierungen sowie der Reihenfolge.

Illness Attitude Scales (IAS)

Die **Illness Attitude Scales** (IAS) wurden von Kellner (1986) entwickelt. Die IAS erfassen psychopathologische Merkmale, die mit hypochondrischen Bewertungen und Einstellungen in Verbindung stehen sowie Auffälligkeiten, die für abnormes Krankheitsverhalten verantwortlich sein können. Kellner nahm a priori neun Unterskalen an, die er Krankheitsorgen, Beschäftigung mit Schmerzen, Gesundheitsgewohnheiten, hypochondrische Annahmen, Todesangst, Krankheitsangst, körperliche Aufmerksamkeit, Behandlungserfahrungen und Folgen der Beschwerden nannte. Die deutsche Adaptation des Fragebogens stammt von Hiller und Rief (2004). Die IAS bestehen aus 29 Items, von denen 27 fünffach gestuft kodiert werden können. Die restlichen beiden geben zusätzliche Informationen zu evtl. vorliegenden Krankheiten bzw. anderen Behandlungen und gehen nicht in die Subskalen mit ein. Empirisch fanden sich für eine Patientenstichprobe zwei Unterskalen innerhalb der IAS, die Krankheitsängste und Krankheitsverhalten genannt werden. Ein Beispielitem für die Skala Krankheitsängste lautet »Machen Sie sich Sorgen über Ihre Gesundheit?« (Item 1), eines für die Skala Krankheitsverhalten ist »Können Sie aufgrund Ihrer körperlichen Symptome nicht arbeiten?« (Item 27). Die Fragen sollen bis auf wenige Ausnahmen auf fünf-stufigem Antwortniveau von »nein« bis »meistens« beantwortet werden. Die Test-Retest-Reliabilität (30-50 Tage) der IAS liegt zwischen $r = 0,89$ und $r = 0,92$. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt bei $r = 0,90$. Die Validität wurde in zahlreichen Studien belegt. Die IAS bieten auf Fragebogenebene die umfangreichste Explorationsmöglichkeit von Krankheitsängsten und Krankheitsverhalten. Sie kann zudem gut zur Evaluation des Therapieerfolgs eingesetzt werden.

Whiteley Index (WI)

Der **Whiteley-Index** (WI) wurde von Pilowsky (1967) entwickelt und erfasst Krankheitsängste und -befürchtungen. Die deutsche Adaptation des Fragebogens stammt ebenfalls von Hiller und Rief (2004). Der WI besteht aus 14 dichotomen Items, die mit »ja« oder »nein« beantwortet werden sollen. Aufgrund faktorenanalytischer Studien ließen sich die Subskalen »Krankheitsängste« (z. B. Item 1: Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?) »Somatische Beschwerden« (z. B. Item 2: Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt?) und »Krankheitsüberzeugung« (z. B. Item 11: Bekommen Sie das Gefühl, dass die Leute Ihre Krankheit nicht ernst nehmen?«) bestimmen. Die Test-Retest-Reliabilität (72 Stunden bis 50 Tage) des WI liegt zwischen $r = 0,83$ und $r = 0,92$. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt bei $r = 0,80$ für den Gesamtwert. Auch die Validität des WI wurde in zahlreichen Studien belegt. Mit den oben dargestellten IAS korreliert er hoch ($r = 0,79$). Der WI bietet eine ökonomische Alternative zu den IAS und lässt sich gut zur Verlaufsmessung oder zum Kurz-Screening verwenden.

Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT)

Das recht neue **Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits** (MIHT, Longley et al., 2005) wurde von Withhöft et al. (2010) ins Deutsche übersetzt und dient zur Erfassung von Krankheitsangst im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals. Die 31 Items des MIHT konstituieren die folgenden vier Subskalen: Die **kognitive** Subskala erfasst das Merkmal der hypochondrischen Entfremdung, resultierend aus der anhaltenden Überzeugung, unter einer schweren Erkrankung zu leiden. Die **behaviorale** Subskala erfragt Konsequenzen von Krankheitsüberzeugungen auf der Verhaltensebene, wie die aktive Suche nach Rückversicherung und sozialer Unterstützung. Die **affektive** Subskala bildet krankheitsbezogene Sorgen und die **perzeptuelle** Subskala das Ausmaß habitueller Aufmerksamkeit auf körperliche Veränderungen ab. Die Vorteile des MIHT beziehen sich auf seine theoriegeleitete Konstruktion, die explizite multidimensionale Konzeptualisierung von Krankheitsangst und die psychometrische Güte (gute faktorielle, konvergente und diskriminante Validität; adäquate interne Konsistenzen der Subskalen: $\alpha = 0,74$ – $0,84$). Die Erprobung des MIHT in Patientenkollektiven zur Etablierung von diagnostisch relevanten Cut-Off-Werten und die Überprüfung der Änderungssensitivität stehen noch aus.

Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG)

Mit Hilfe des **Fragebogens zu Körper und Gesundheit** (FKG; Rief et al., 1998; Hiller et al., 1997a) wird die Ausprägung dysfunktionaler Bewertungen und Einstellungen erfasst, von denen vermutet wird, dass sie bei

der Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Störungen relevant sind. Der Fragebogen umfasst 28 Items. Faktorenanalytisch ließen sich folgende Faktoren extrahieren: »Katastrophisierende Bewertungen«, »Intoleranz von körperlichen Beschwerden«, »Körperliche Schwäche«, »Vegetative Missempfindungen« und »Krankheitsverhalten«. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt bei $r = 0,49$ bis $r = 0,90$, eine Studie zur Test-Retest-Reliabilität liegt bisher nicht vor. Zur Validität lässt sich sagen, dass der FKG mit etablierten Hypochondriefragebögen korreliert, z. B. liegen die Korrelationen mit der IAS je nach Unterskala zwischen $r = 0,30$ und $r = 0,67$. Dieser Fragebogen lässt sich auch in der Therapie verwenden, um dysfunktionale Überzeugungen bezüglich Gesundheit und Krankheit zu bearbeiten. Items sowie Vergleichswerte für verschiedene Untersuchungsgruppen sind o.g. Veröffentlichungen zu entnehmen.

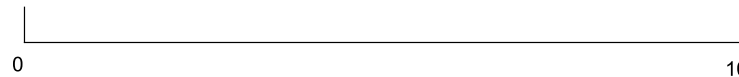
Scale for the Assessment of Illness Behaviour (SAIB)

Die **Scale for the Assessment of Illness Behaviour** (SAIB) wurde von Rief et al. (2003) entwickelt und erfasst verschiedene Aspekte des Krankheitsverhaltens. Insbesondere ist sie für die Erhebung ungünstiger Verhaltensweisen somatoformer Patienten geeignet. Die SAIB umfasst 26 Items, die vierfach abgestuft von »stimmt voll und ganz« bis »stimmt nicht« kodiert werden können. Faktorenanalytisch wurde eine Lösung mit fünf Faktoren gewählt: »Diagnosenverifizierung«, »Beschwerdenausdruck«, »Medikation«, »Krankheitsfolgen« und »Scanning« (Selbstbeobachtung und -kontrolle). Die interne Konsistenz (Cronbachs α) für die Gesamtskala liegt bei $r = 0,90$, eine Test-Retest-Untersuchung liegt bisher nicht vor. Die Validität des FKG zeigt sich in Korrelationen mit Patientenbeurteilungen von Ärzten und zu anderen Fragebogenverfahren, die Ängste und körperliche Symptome erfassen. Vergleichswerte und weitere Informationen sind der o.g. Publikation zu entnehmen.

Visuelle Analogskalen

Zu den standardisierten Fragebogen lassen sich zur Verlaufsmessung zudem recht ökonomisch visuelle Analogskalen einsetzen. Diese haben den Vorteil, dass Veränderungen ohne aufwändige Skalenauswertungen sofort ersichtlich sind. Außerdem können mit Hilfe von visuellen Analogskalen Fragen gestellt werden, die für den einzelnen Patienten besonders relevant erscheinen (z.B. Ausmaß des Rückversicherungsverhaltens). Bei den visuellen Analogskalen haben die Patienten die Aufgabe, zumeist auf einer 10 cm langen Strecke mittels eines Kreuzes ihre Einschätzung abzugeben. Der Anfangs- und Endpunkt der Linie sind beschriftet. Die Position des Kreuzes gibt somit Auskunft über die Einschätzungen der Patienten. Im Folgenden sind zwei Beispiele für solche Analogskalen aufgeführt ■ Abb. 1.2.

Wie stark sind Sie davon überzeugt, eine schwere Krankheit zu haben?



ich habe sicher keine schwere Krankheit

ich bin mir absolut sicher, schwer krank zu sein

■ **Abb. 1.2.** Visuelle Analogskalen

Wie eingeschränkt fühlen Sie sich momentan durch ihre Krankheits Sorgen?



keine Einschränkungen

extrem eingeschränkt

1.3.4 Differentialdiagnostik

Die Hypochondrie ist von folgenden Störungen und Krankheitsbildern abzugrenzen:

Hypochondrischer Wahn

Der hypochondrische Wahn wurde bereits in ► Kap. 1.2.3 beschrieben. Er liegt dann vor, wenn Betroffene zu jedem Befragungszeitpunkt unkorrigierbar davon überzeugt sind, erkrankt zu sein. Ein Patient mit Hypochondrie erlebt nach einer ärztlichen Untersuchung zumindest kurzfristig das Nachlassen von Angst und Krankheitsüberzeugung, während der Patient mit hypochondrischem Wahn keine Veränderung durch eine ärztliche Rückversicherung erlebt. Diese Störung ist dem psychotischen Spektrum zuzuordnen.

unkorrigierbare Überzeugungen

Andere somatoforme Störungen

Bei den übrigen somatoformen Störungen (wie z. B. Somatisierungsstörung oder Schmerzstörung) steht das Leiden unter den körperlichen Beschwerden im Vordergrund. Zum Beispiel kann ein Patient wegen ausgeprägter Kopfschmerzen nicht mehr arbeiten. Könnte er sich nicht mehr auf seine Arbeit konzentrieren, weil er große Ängste hat, bald an einem Gehirntumor zu versterben, handele es sich dem gegenüber um eine Hypochondrie. Auch bei den anderen somatoformen Störungen ist zuweilen eine Krankheitsangst vorhanden. Meistens bezieht sie sich aber kaum auf eine konkrete, befürchtete Krankheit, sondern bleibt allgemein («Da muss doch was Schlimmes sein, wenn es so weh tut.»). Liegt ausgeprägtes Leiden unter der Krankheitsangst über mindestens ein halbes Jahr vor, ist eine Komorbidität denkbar.

Leiden unter körperlichen Beschwerden im Vordergrund

Krankheitsphobie

Die Hypochondrie sollte nicht mit der Krankheitsphobie verwechselt werden. Eine Krankheitsphobie besteht dann, wenn die Patienten befürchten, eine Erkrankung zu bekommen. Im Gegensatz zur Hypochon-

Befürchtung krank zu werden

drie, bei der befürchtet wird, bereits erkrankt zu sein, liegt die befürchtete Erkrankung bei der Krankheitsphobie noch in der Zukunft. Die Krankheitsphobie tritt deutlich seltener auf als die Hypochondrie und wird als spezifische Phobie diagnostiziert.

Zwangsstörung

Wie bei der Krankheitsphobie wird auch in der von der Hypochondrie abzugrenzenden Zwangsstörung befürchtet, eine Krankheit zu bekommen, nicht aber zu haben. Typisches Zwangsverhalten in dem Zusammenhang ist der Waschwang, bei dem sich die Patienten zwanghaft von potentiellen Krankheitserregern befreien müssen. Prominentes Beispiel für eine Fehldiagnose ist Howard Hughes, dessen Leben 2004 unter dem Titel »Aviator« verfilmt wurde. Hughes wird nachgesagt, panische Angst vor Schmutz und Krankheitserregern gehabt zu haben und z. B. fremde Objekte nur berührt zu haben, wenn ein Taschentuch dazwischen gelegt worden war. Entgegen einiger Veröffentlichungen (z. B. Ellermann, 2006) handelt es sich hierbei um eine Zwangsstörung, nicht um eine Hypochondrie.

Panikstörung

unerwartete Angstanfälle

Die Abgrenzung zur Panikstörung fällt nicht immer leicht. Kernsymptom dieser Störung sind Angstanfälle, während derer häufig Gedanken an Herzversagen, Herzinfarkt oder den Tod auftreten. Im Gegensatz zur Hypochondrie tritt die Angst aber in einem akuten Zustand extremer physiologischer Aktivierung auf und bezieht sich bei genauer Betrachtung nicht auf eine Krankheit, sondern auf einen körperlichen Vorfall (z. B. Herzinfarkt). Denken betroffene an den Tod, so befürchten sie, dass dieser sofort eintritt. Beispielsweise hat also ein Patient, der Panikattacken erlebt und möglicherweise auch außerhalb der Panikattacken Angst hat, an einem Herzinfarkt zu sterben, eine Panikstörung. Ein Patient, der befürchtet, eine chronische Herzerkrankung (z. B. Herzinsuffizienz) zu haben und möglicherweise ausgelöst durch seine Angst, an dieser unentdeckten Krankheit zu sterben, sogar noch Panikanfälle erlebt, hätte dagegen eine Hypochondrie.

Generalisierte Angststörung

Ängste und Sorgen bezüglich mehrerer Ereignisse

Das zentrale Merkmal der generalisierten Angststörung (GAS) sind übermäßige Ängste und Sorgen bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten. Nicht selten bezieht sich ein Teil der Sorgen von Patienten mit GAS auch darauf, schwer erkrankt zu sein. Umgekehrt treten auch bei hypochondrischen Patienten zuweilen übertriebene Sorgen bzgl. anderer Themen als Krankheiten auf. Die Unterscheidung von Hypochondrie und GAS ist deshalb eine graduelle: Sind Krankheitsängste nur ein mögliches Thema von vielen, über das sich der Betroffene Sorgen macht, liegt eine GAS vor. Sind Krankheitsängste das vor-

rangige Sorgenthema und treten andere Sorgen nur gelegentlich oder schwächer ausgeprägt auf, sollte eine Hypochondrie diagnostiziert werden.

Störungen, in denen Krankheiten vorgetäuscht werden: Artifizielle Störung und Simulation

Bei der artifiziellen Störung täuschen Patienten Krankheitssymptome vor oder manipulieren ihren Körper, um Aufmerksamkeit und Anerkennung als schwer Erkrankter zu bekommen. Bei Simulation werden ebenfalls Symptome vorgetäuscht, das Ziel ist hier aber das Erlangen eines konkreten Gewinns, wie z. B. die Anerkennung des Rentenstatus oder die Verlegung vom Gefängnis ins Krankenhaus. Selbst wenn man davon ausginge, dass hypochondrische Patienten an der Erzeugung ihrer Symptome beteiligt sind, so geschieht dies nie willentlich (vgl. Feldman, 2006). Zudem sind die Krankheitssymptome bei vorgetäuschten Störungen deutlicher und drastischer als bei der Hypochondrie. So lange der Patient bemüht ist, der Außenwelt eine körperliche Erkrankung vorzutäuschen, begibt er sich kaum in Psychotherapie. Wenn die Täuschung aufgedeckt wurde und der Patient sich aufgrund seines Bedürfnisses nach Vortäuschung an einen Psychotherapeuten wendet, ist die diagnostische Abgrenzung unproblematisch.

greifbarer Gewinn

Undiagnostizierte Krankheiten

Es ist denkbar, dass der Patient tatsächlich die Krankheit hat, die er befürchtet. Bevor eine Psychotherapie begonnen wird, sollte sichergestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für die befürchtete Krankheit sehr gering ist. In der Regel ist dies unproblematisch, da die meisten Patienten eher zu gründlich als zu wenig auf die befürchteten Krankheiten hin untersucht worden sind.

Wahrscheinlichkeit für die befürchtete Krankheit sollte gering sein

Angst vor Progredienz oder Wiedererkrankung bei diagnostizierter Krankheit

Die Angst eines Patienten nach einem Herzinfarkt, erneut einen Herzinfarkt zu bekommen oder die Angst eines erfolgreich behandelten Krebspatienten vor einem erneuten Auftreten bösartiger Geschwüre wird gelegentlich als Krankheitsangst bezeichnet, auch wenn der Begriff **Progredienzangst** (englisch: **fear of progression**) zutreffender ist. Von der Diagnose einer Hypochondrie sollte man absehen, wenn der Patient befürchtet, eine Krankheit zu haben, die aktuell oder in der Vorgeschichte tatsächlich bei ihm diagnostiziert wurde. Das vorliegende Manual ist nicht für diese Patienten ausgerichtet, bietet aber dennoch eine Vielzahl von Anregungen auch für dieses Klientel.

Progredienzangst

■ Tab. 1.3 bietet eine Übersicht über die abzugrenzenden Störungen und Krankheiten.

■ **Tab. 1.3.** Differenzierung von Störungen und Krankheiten

Störung bzw. Krankheit	Differenzierende Merkmale
Hypochondrischer Wahn	Auch durch ärztliche Rückversicherung unkorrigierbare, zeitlich stabile und »hundertprozentige« Krankheitsüberzeugung
Andere somatoforme Störungen	Leiden unter körperlichen Symptomen steht im Vordergrund
Krankheitsphobie	Angst, eine Krankheit zu bekommen (statt sie bereits zu haben)
Zwangsstörung	Angst, eine Krankheit zu bekommen (statt sie bereits zu haben)
Panikstörung	Angst während Panikattacken, die sich auf einen körperlichen Zustand (z. B. Herzinfarkt, Herzversagen) bezieht (statt auf eine Erkrankung)
Generalisierte Angststörung	Krankheitsängste sind nur eines von mehreren Sorgenthemen, nicht das Hauptthema
Artifizielle Störung	Symptome werden bewusst erzeugt oder erfunden; Wunsch der Patienten nach Aufmerksamkeit und Anerkennung in Krankenrolle
Simulation	Symptome werden bewusst erfunden; Erstreben konkreter Vorteile
Begründete Krankheitsbefürchtung	Bisher keine ausreichende organmedizinische Diagnostik bzgl. befürchteter Krankheit
Progredienzangst	Befürchtete Krankheit liegt oder lag tatsächlich vor

1.4 Epidemiologie

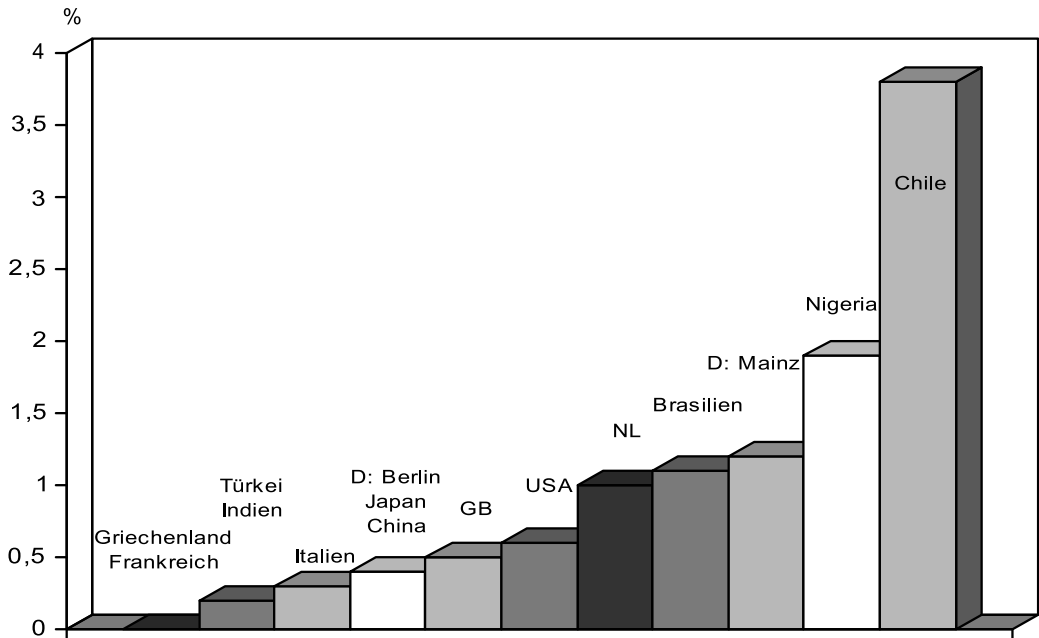
1.4.1 Auftretenshäufigkeit

keine zuverlässigen Daten über Prävalenz

Zuverlässige Aussagen über die Häufigkeit und die soziodemographischen Charakteristika der Hypochondrie lassen sich gegenwärtig noch nicht machen. Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen wurde die Krankheitsangst verhältnismäßig selten untersucht. In die großen, epidemiologischen Studien in Nordamerika mit vier- bis fünfstelligen Probandenzahlen (Epidemiologic Catchment Area Study, National Comorbidity Survey) wurde die Hypochondrie bedauerlicherweise nicht eingeschlossen.

Die bisher durchgeführten Untersuchungen haben oft zu geringe Stichprobenumfänge, um reliable Aussagen über Prävalenzraten zu machen (Creed & Barsky, 2004). In einer neueren, repräsentativen Untersuchung der deutschen Allgemeinbevölkerung mittels des CIDI (► Kapitel 1.3.3) wurde die Prävalenz der Hypochondrie auf nur 0,05% geschätzt (Martin & Jacobi, 2006). Das CIDI setzt die diagnostischen Kriterien der Diagnosemanuale jedoch sehr streng um, was möglicherweise zu einer Unterschätzung der Prävalenz beitragen könnte. In einer eigenen Untersuchung kamen wir auf eine Prävalenzrate von 0,4% (Bleichhardt & Hiller, 2007) in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Allerdings beruht diese Schätzung nicht auf einem klinischen Interview.

1-Jahres Prävalenz

**Exkurs****Ist Deutschland ein Volk von Hypochondern?**

Als Teil einer großen, von der World Health Organisation (WHO) veranlassten Studie über psychische Störungen wurde die Auftretenshäufigkeit für Hypochondrie in 14 Ländern überprüft (Türkei, Griechenland, Indien, Deutschland (2 Untersuchungsorte Mainz und Berlin), Niederlande, Nigeria, Großbritannien, Japan, Frankreich, Brasilien, Chile, USA, China, Italien; Veröffentlichung von Gureje et al., 1997). Untersucht wurden Patienten, die in ambulanter allgemeinermedizinischer Behandlung waren. Über alle Zentren hinweg zeigte sich eine 1-Jahres Prävalenzrate von 0,8%. Die beiden Untersuchungsorte in Deutschland lagen mit 0,4% für Berlin und 1,2% für Mainz unter bzw. leicht über diesem Mittelwert (■ Abb. 1.3). Allerdings gaben 13,1% der Berliner sowie 10,2% der Mainzer die Angst oder Überzeugung an, eine ernste Krankheit zu haben (Kriterium A nach ICD-10). Damit lagen sie deutlich über dem internationalen Mittelwert von 6,7%. Die Berliner wurden nur noch von den Chilenen übertroffen, bei denen 14,8% diese Angst äußerten. Woher die Unterschiede der Erhebungsstandorte Mainz und Berlin kamen, bleibt leider unklar. Vermutlich liegt es aber nicht an Ost-West-Unterschieden, da Menschen in den alten Bundesländern signifikant häufiger



■ **Abb. 1.3.** Internationale Prävalenz

unter somatoformen Störungen leiden (11,6% West vs. 8,6% Ost; Jacobi et al., 2004).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass Deutschland zu den internationalen Spitzenreitern für Krankheitsangst gehört. Die Hypochondrie als psychische Störung von Krankheitswert liegt aber allenfalls leicht über dem internationalen Mittelwert. Bei Prävalenzraten von 0,4-1,2% für die Untersuchungszentren Berlin und Mainz lässt sich kaum schlussfolgern, Deutschland sei ein Volk von Hypochondern.

- Σ Die genaue Prävalenz der Hypochondrie ist bis heute nicht hinreichend bekannt. In Deutschland wird sie auf unter 1% geschätzt.

Bezieht man sich bei Häufigkeitsangaben auf den Begriff »Krankheitsangst«, schwanken diese natürlich noch stärker. Jeder definiert »Krankheitsangst« ein wenig anders. Kaum eine Studie hat die gleichen Kriterien wie eine andere benutzt. Die Prävalenzraten liegen jedoch stets über denen für die Hypochondrie, da die Kriterien für Krankheitsangst weicher formuliert sind. Eigenen Untersuchungen zufolge findet sich zu einem gegebenen Zeitpunkt eine erhöhte Krankheitsangst bei rund 7% der deutschen Bevölkerung (Bleichhardt & Hiller, 2007). In der o.g. internationalen Studie von Gureje et al. (1997) lagen Krankheitsangst bzw. -überzeugungen länderübergreifend bei 7%, in Deutschland bei 13% (in Berlin) bzw. 10% (in Mainz). In der Stichprobe einer großen Psychotherapieambulanz fanden wir bei etwa einem Drittel der Patienten (31%) eine auffällig erhöhte Krankheitsangst (Bleichhardt & Hiller, 2006).

1.4.2 Beginn und Verlauf

hohe zeitliche Stabilität

Die wenigen existierenden Untersuchungen zum Spontanverlauf der Hypochondrie weisen auf eine relativ hohe zeitliche Stabilität hin. So lag in einer großen US-amerikanischen Studie bei fast zwei Dritteln (64%) der 120 Patienten mit Hypochondrie diese Diagnose nach 4-5 Jahren weiterhin vor (Barsky et al., 1998). Je schwerer die Hypochondrie, je länger sie bereits besteht und je mehr medizinisches Inanspruchnahmeverhalten die Betroffenen zeigen, desto wahrscheinlicher bleibt eine Hypochondrie auch längerfristig bestehen (Creed & Barsky, 2004).

Hypochondrie bereits im Kindesalter

Bezüglich des Ersterkrankungsalters nehmen einige Autoren an, dass Hypochondrie bereits bei Kindern vorhanden sein kann, häufiger jedoch erst im Jugendalter beginnt. Wissenschaftlich fundierte Aussa-

gen lassen sich gegenwärtig kaum machen, da nur retrospektive Untersuchungen existieren. Bei den in unserem Behandlungsschwerpunkt »Krankheitsangst« aufgenommenen Patienten lag das Ersterkrankungsalter durchschnittlich bei 26 Jahren (Median: 25 Jahre). Dreiundzwanzig von 82 Patienten (28%) berichteten, die Krankheitsangst sei bereits seit dem 18. Lebensjahr oder früher aufgetreten. Achtzehn Prozent dieser Patienten gaben an, dass die Krankheitsangst bereits vor dem 14. Geburtstag begonnen habe.

Bevor Patienten eine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen, hat sich ihre Krankheitsangst in der Regel viele Jahre chronifiziert. Bei den Patienten unseres Behandlungsschwerpunkts war die Hypochondrie durchschnittlich bereits 11 Jahre (Median: 8 Jahre) vorhanden. Bei nur 17% bestand die Hypochondrie kürzer als 2 Jahre, bei 39% bereits mehr als 10 Jahre.

Steigt die Inzidenz für Hypochondrie?

Auch wenn sich aufgrund gegenwärtiger Studien weder ein Ansteigen der Neuerkrankungsrate für Hypochondrie noch das Gegenteil schlussfolgern lässt, nehmen wir an, dass die Tendenz steigend ist. Folgende Ursachen lassen sich vermuten:

- Ziel der Massenmedien ist es, dass sie konsumiert werden. Je stärkere Emotionen ein Fernsehbericht oder eine Schlagzeile hervorruft, desto höher ist die Anziehung für Konsumenten. Angst funktioniert als guter Attraktor. Deshalb wird in den Medien das Spiel mit der Angst, zum Beispiel auch mit Krankheiten, bewusst eingesetzt, um Einschaltquoten zu erhöhen und Zeitungen zu verkaufen. So findet man weit mehr Reportagen über das Risiko und die Bedrohlichkeit ernster Erkrankungen als über ihre Heilungschancen und anderer positiver Aspekte. Bei Personen mit einer Veranlagung zur Krankheitsangst (► Kap. 1.5) kann die Provokation von Angst die gewünschte Wirkung übersteigen.
- Heute sind Möglichkeiten zur Recherche durch Internet und Fachliteratur für fast jeden zu fast jeder Zeit zugänglich. In der Regel führt die Recherche über Krankheiten eher zu einer Verunsicherung, als dass sie Betroffene beruhigt (► Kap. 1.5.3).
- Mit steigenden Umweltbelastungen steigen auch die Risiken für Krebs und andere Erkrankungen. Mit wachsenden Erkrankungsrisiken, aber auch mit Ansteigen der subjektiven Bedrohung wächst die Angst, selbst eine solche Krankheit zu bekommen.



- Während man vor fünfzig Jahren in der Regel noch jedem Arzt fast alles geglaubt hat, ist auch durch die Entwicklung der Massenmedien und den höheren Informationsstand der Bürger das Podest, auf dem die »Götter in weiß« standen, mächtig ins Wanken gekommen. Das lässt Patienten z. B. daran zweifeln, dass der Arzt bzgl. der befürchteten Krankheit gut genug ausgebildet ist, die richtige Diagnose-Methode angewendet und diese richtig ausgewertet hat.

1.4.3 Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und anderen psychischen Störungen

Das Buch »Schöner leiden« (Geyersbach & Wieland, 2004) stellt sehr anschaulich über 100 Texte aus Briefen, Romanen und Tagebüchern von Persönlichkeiten zusammen, die im Klappentext als »sonderbare Hypochonder, genussvolle Jammerer und komische Übertreiber« bezeichnet werden. Wir entnehmen dem Werk, dass viele berühmte Persönlichkeiten, unter ihnen Immanuel Kant, Charlie Chaplin, Andy Warhol, Enrico Caruso und Harald Schmidt unter Krankheitsängsten gelitten haben bzw. leiden. Auch wenn die Autoren von »Schöner leiden« aufgrund ihrer Recherchen vermuten, die Hypochondrie sei eine »Männerkrankheit«, zeigt die klinische Forschung ein anderes Bild: Die meisten Studien zeigen einheitlich, dass Männer und Frauen gleichermaßen betroffen sind (z. B. Creed & Barsky, 2004; Bleichhardt & Hiller, 2007). Vermutlich ist die Verzerrung schlichtweg dadurch zu begründen, dass berühmte Menschen, vor allem historische Persönlichkeiten, nun einmal größtenteils männlich waren.

Σ Männer und Frauen sind gleichhäufig von Hypochondrie betroffen.

Alter

Es gibt widersprüchliche Befunde dazu, ob die Wahrscheinlichkeit, an Hypochondrie zu erkranken, mit dem Alter ansteigt. Einerseits finden sich positive Korrelationen von Alter und Fragebogenwerten für Hypochondrie, andererseits wurde das Vorliegen organischer Krankheiten in den Untersuchungen nicht ausreichend kontrolliert. Wenn man berücksichtigt, dass bei älteren Menschen häufig mehrere Erkrankungen vorliegen, ist aufgrund der Studienergebnisse eine Zunahme der Hypochondrie unwahrscheinlich.

Komorbidität

Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist bei der Hypochondrie bekanntermaßen hoch. So scheint es wahrscheinlicher, dass eine Komorbidität besteht, als dass die Hypochondrie die einzige Erkrankung ist (Barsky et al., 1992; Noyes et al., 1994). Die häufigsten mit

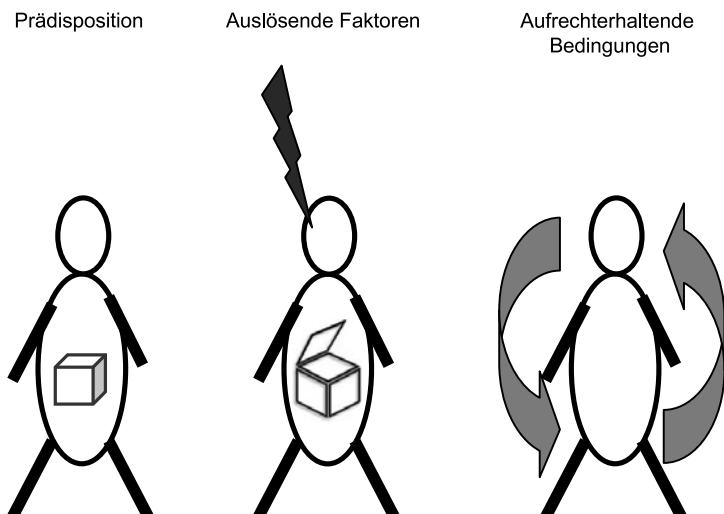
der Hypochondrie assoziierten Störungen sind depressive Störungen sowie Angststörungen. Eigene Daten aus dem Behandlungsschwerpunkt Krankheitsangst bestätigen dies. Nur etwa ein Drittel der Patienten ist ohne Komorbidität neben der Hypochondrie. Bei fast der Hälfte der Patienten liegt eine komorbide depressive Störung (zumeist in Form einer Major Depression) vor. Etwa ein Drittel der Patienten hat eine komorbide Angststörung, am häufigsten ist dabei die Panikstörung mit Agoraphobie.

1.5 Erklärungsansätze

Im September 2005 begann das Heft der Zeitschrift »Verhaltenstherapie« mit dem Titel »Was wissen wir wirklich?«. In diesem Artikel beklagt Jürgen Margraf, dass die wissenschaftlich orientierte Psychotherapie letztlich recht wenig über die Entstehung der einzelnen psychischen Störungen weiß. Zwar kann die Forschung recht gute Antworten auf die Frage nach der Aufrechterhaltung liefern, jedoch bleiben die Erklärungen, warum jemand diese oder jene psychische Störung entwickelt, zumeist allgemein, da dies nur schwer und teuer zu untersuchen ist. Margraf führt drei Klassen ätiologischer Faktoren auf, mittels derer jede psychische Störung in ihrer Entstehung erklärt werden sollte (■ Abb. 1.4)

1. Vulnerabilität & Prädisposition
2. Auslösende Faktoren
3. Aufrechterhaltende Bedingungen

Gemäß dieser Einteilung werden im Folgenden die wesentlichen empirisch fundierten Fakten zur Entstehung der Krankheitsangst zusammengestellt.



■ **Abb. 1.4.** Ätiologie

1.5.1 Vulnerabilität und Prädisposition

Erblichkeit

Eine neuere Zwillingsstudie (Taylor et al., 2006) an 88 monozygoten und 65 dizygoten Zwillingen weist darauf hin, dass hypochondrische Ängste überwiegend ein erlerntes Phänomen darstellen, da Umweltfaktoren 60-90% der Varianz aufklärten. Auch ältere Studien unterstützen diese Perspektive (Torgersen, 1986; Noyes et al., 1987).

Kindheitserfahrungen

Eine kleine Zahl retrospektiver Untersuchungen deutet darauf hin, dass Krankheitsängstliche nicht selten bereits in ihrer Kindheit Erfahrungen mit schweren Krankheiten oder Verletzungen gemacht haben. Entweder litten sie selbst bereits schon einmal an einer ernsten Erkrankung, oder eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis war schwer erkrankt. So berichtete etwa ein Drittel (38%) hypochondrischer Personen in Interviews, als Kind häufig schwer krank oder verletzt gewesen zu sein (im Vergleich zu 8% der Personen ohne hypochondrische Merkmale; Noyes, 2002). Auch hatten diese Personen häufiger Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten in der Verwandt- oder Bekanntschaft gemacht. Dabei konnte gezeigt werden, dass Erfahrungen mit Krankheiten nicht nur zur Ausprägung allgemeiner Ängstlichkeit beitragen, sondern darüber hinaus spezifisch für die Ausbildung von Krankheitsängsten verantwortlich sind (Weck et al., 2009).

Möglicherweise entwickelt sich die Prädisposition aufgrund von Krankheitserfahrungen nicht nur allgemein, sondern sogar krankheits-spezifisch aus: Krankheitsängstliche, in deren Familie jemand an Krebs gestorben war, entwickelten häufiger Angst vor Krebs. Bei Todesfällen aufgrund Herzerkrankungen trat häufiger eine Angst vor Herzkrankheiten auf (Bianchi, 1971).

Einfluss von Erziehung

Neben den Erfahrungen mit Krankheiten ist zu vermuten, dass Krankheitsangst durch einen Erziehungsstil begünstigt wird, bei dem körperlichen Symptomen erhöhte Aufmerksamkeit und Ängstlichkeit entgegengebracht wird. Die Befragung von Watt & Stewart (2000) deutet darauf hin, dass ein bestimmter Stil hypochondrische Ängste begünstigt: Krankheitsängstliche Studierende berichteten häufiger als nicht krankheitsängstliche, dass ihre Eltern bezüglich der Aufmerksamkeit auf Körpersymptome ein belohnendes oder modellhaftes Erziehungsverhalten zeigten.

Persönlichkeitseigenschaften

Persönlichkeitseigenschaften unterliegen einer gewissen zeitlichen Stabilität. Insofern lässt sich aus Persönlichkeitstests an hypochondrischen Patienten vermuten, dass die Eigenschaften auch prämorbid bereits vorhanden waren. Die Persönlichkeitseigenschaft, die für Krankheitsangst am besten belegt ist, ist ein erhöhter Neurotizismus (Cox et al., 2000). Neurotizismus kann man durch Adjektive wie ängstlich, nervös und empfindlich beschreiben (Costa & McCrae, 1992). Allgemein kann so vermutet werden, dass bei Hypochondrie bereits eine Vulnerabilität für allgemeine Ängstlichkeit vorliegt.

Gewalterfahrungen

In Bezug auf Kindheitserfahrungen zeigte sich in einer Untersuchung von Barsky et al. (1994), dass Personen mit Hypochondrie von mehr traumatischen sexuellen Kontakten, mehr körperlicher Gewalt und größeren familiären Veränderungen in Kindheit und Jugend berichteten als Vergleichspersonen. Auch in dieser Studie zeigten sich bei hypochondrischen Personen häufiger Erkrankungen in der Kindheit. Jedoch sollte angemerkt werden, dass bei derartigen Kindheitserlebnissen die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln, generell erhöht ist.

- ☺ Für folgende Faktoren gibt es empirische Hinweise, dass sie die Entwicklung einer Hypochondrie begünstigen:
- Eigene Erkrankung in Kindheit und Jugend
 - Erfahrungen mit Krankheit und Verletzung im sozialen Umfeld
 - Verstärkender oder modellhafter Erziehungsstil bezüglich der Aufmerksamkeit auf körperliche Symptome
 - Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend
 - Neurotizismus bzw. allgemeine Ängstlichkeit

Darüber hinaus wurde in der Vergangenheit von einigen Autoren angenommen, dass die Unfähigkeit, eigene Gefühle zu erkennen und auszudrücken (Alexithymie, ► Exkurs) die Entwicklung einer Hypochondrie begünstigt.

Exkurs

Können Krankheitsängstliche Emotionen nicht von körperlichen Empfindungen unterscheiden?

In der Vergangenheit wurde von einigen Wissenschaftlern die so genannte Alexithymie für die Entstehung einer Hypochondrie (mit verantwortlich gemacht (z. B. Nemiah, 1977). Unter Alexithymie versteht man die Schwierigkeit, emotionale Zustände zu erkennen und verbal auszudrücken. Aufgrund dessen könnten hypochondrische Personen die somatischen Manifestationen von Gefühlen nicht als solche identifizieren. Diese körperlichen Empfindungen entstehen für die Betroffenen somit scheinbar grundlos, was die Interpretation der körperlichen Empfindungen als vermeintliche Krankheitszeichen begünstigt. In der Literatur finden sich einige Belege für erhöhte Alexithymiewerte bei Patienten mit Hypochondrie (z. B. Rief et al., 1998) im Vergleich zu gesunden Personen. Jedoch findet man dies auch bei vielen anderen Patientengruppen, z. B. mit klassischen psychosomatischen Störungen wie essentieller Hypertonie sowie mit psychischen Störungen wie Ess-, Abhängigkeits- und Panikstörungen (vgl. Taylor, 2000), und die Alexithymie-Ausprägung ist hier meist deutlich höher. Der klinische Eindruck bestätigt, dass viele der hypochondrischen Patienten durchaus in der Lage sind, ihre Gefühle adä-



quat auszudrücken. Vermutlich ist die Schwierigkeit, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken eine Eigenschaft, die weitgehend unabhängig von der Art der psychischen Störung ist, jedoch allgemein die Entwicklung einer solchen begünstigt.

1.5.2 Auslösende Faktoren

Die Angst, an einer Krankheit vorzeitig zu versterben, ist wohl kaum als unrealistisch zu bezeichnen. Mit rund 400.000 Todesfällen im Jahr sind Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems die häufigste Todesursache in Deutschland, die zweithäufigste sind Krebserkrankungen mit rund 200.000 Todesfällen pro Jahr. In Anbetracht dieser Risiken ist es mehr als verständlich, dass die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens einmal die Idee haben, sie könnten eine schlimme Krankheit haben. In diesem Fall warten Betroffene in der Regel eine Weile ab und behalten die vermeintlichen Krankheitszeichen weiter im Auge. Bestehen diese weiter, suchen sie den Arzt auf und sind meistens beruhigt, wenn dieser nach einer adäquaten Untersuchung nichts gefunden hat. Oft verschwindet die Krankheitsangst auch ohne Arztbesuch wieder. Und auch, wenn den Normalbürger vielleicht einmal passager eine solche Krankheitsangst plagt, gelingt es ihm die meiste Zeit, das Risiko für lebensbedrohliche Erkrankungen kognitiv auszublenden. Fragt man Menschen danach, für wie gefährdet sie sich selbst halten, eine schlimme Erkrankung zu bekommen, so halten sie sich selbst für weniger gefährdet als andere, was man als den »optimistischen Fehlschluss« bezeichnet. Dieser optimistische Fehlschluss erleichtert uns zumeist das Leben. Bei Personen mit Hypochondrie ist diese Anpassungsleistung aufgrund o.g. Prädispositionen entweder nie gut ausgebildet worden oder größtenteils verloren gegangen.

»optimistischer
Fehlschluss«

Die Auslöser für eine Hypochondrie liegen oftmals darin, dass körperliche Vorgänge wahrgenommen und fehlinterpretiert werden. Diese Empfindungen könnten zwar ein Krankheitszeichen, ebenso aber auch ein harmloser Prozess in einem vollends gesunden Körper sein. Dass der eine dadurch eine Hypochondrie entwickelt, der andere den körperlichen Empfindungen aber kaum Beachtung schenkt, liegt wohl zum einen an o.g. Prädispositionen, zum anderen an belastenden Lebensumständen.

kritische Lebensereignisse

In einer Untersuchung konnte gezeigt werden, dass bei hypochondrischen Patienten (aber auch bei depressiven Patienten und solchen mit Angststörungen) häufig negative Lebensereignisse im Kontext von Bedrohung, Verlust und Gesundheit in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn der Störung standen (Sandin et al., 2004). Bei 25 der 26 Untersuchten waren im Jahr vor Erstauftreten der Hypochondrie gesundheitsbezogene Lebensereignisse aufgetreten. Auch Kellner et al.

(1983) finden ein gehäuftes Auftreten krankheitsbezogener und nicht-krankheitsbezogener kritischer Lebensereignisse bei hypochondrischen Personen. Die Studienergebnisse machen es leider nicht möglich zu entscheiden, ob die Lebensereignisse als auslösende oder prädisponierende Faktoren zu interpretieren sind.

Patientenberichten zufolge können die verschiedensten Erlebnisse zur ersten Entwicklung der Krankheitsangst führen. In unseren Patientengruppen bestand des Öfteren ein zeitlicher Zusammenhang mit dem Erkranken oder Versterben eines Familienmitglieds oder Freundes. Andere Patienten hatten schlechte Erfahrungen mit dem medizinischen System gemacht, sei es, dass ihnen irrtümlich mitgeteilt wurde, dass sie tödlich erkrankt seien, oder dass man eine schwerwiegende Erkrankung lange nicht als solche diagnostiziert hat. Bei einem weiteren Teil der Patienten standen krankheitsunabhängige Belastungen im Zusammenhang mit dem »Ausbruch« der Hypochondrie. So bestand z. B. eine bisher sehr erfolgreiche Studentin wider Erwarten ihr Examen nicht, oder es hatte sich die Freundin eines sehr nahebedürftigen Patienten von ihm getrennt. Einige Patienten berichteten auch über besondere berufsbezogene Belastungen im Vorfeld der Erkrankung.

☒ Typische Beispiele für auslösende Faktoren sind:

- Erkrankung oder Tod eines Familienmitglieds oder Freundes
- Erfahrung mit der Unzulänglichkeit des medizinischen Systems (z. B. Fehldiagnosen)
- Allgemeine negative Lebensereignisse (z. B. Trennung)
- Chronischer Stress (z. B. durch andauernde Überbelastung am Arbeitsplatz)

1.5.3 Aufrechterhaltende Bedingungen

Informationsverarbeitungsprozesse: Die somatosensorische Verstärkung

Die somatosensorische Verstärkung (»somatosensory amplification«) ist ein vergleichsweise altes Konzept, das in alle kognitiv-behavioralen Theorien Eingang gefunden hat. Es wurde durch eine Vielzahl an Fragebogenuntersuchungen sowie experimenteller Studien belegt. Die Theorie wurde von Arthur Barsky (1979) und seiner Arbeitsgruppe entwickelt und bezeichnet einen besonderen Wahrnehmungsstil, der durch Hypervigilanz bzgl. des Körpers sowie die Tendenz zu bedrohlichen Bewertungen von körperlichen Empfindungen gekennzeichnet ist.

! Somatosensorische Verstärkung beschreibt die Neigung,

1. körperliche Empfindungen als intensiv, schädlich und beeinträchtigend zu erleben,



2. unangenehmen Empfindungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken (Hypervigilanz) und
3. körperliche Empfindungen eher als pathologisch und nicht normal anzusehen.

Teufelskreis

Aufgrund der beiden wesentlichen Faktoren »Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Körper« und »Bewertung körperlicher Empfindungen als pathologisch« entsteht ein Teufelskreis: Körperliche Vorgänge werden als bedrohlich bewertet. Auf Reize, die bedrohlich sind, richtet sich verstärkt die Aufmerksamkeit. Durch die verstärkte Aufmerksamkeit auf den Körper werden weitere und intensivere vermeintlich bedrohliche Reize wahrgenommen. Dies bestätigt wiederum die These, dass im Körper pathologische Prozesse ablaufen, und so dreht sich die Spirale weiter ein.

State und Trait

Barsky beschreibt, dass die somatosensorische Verstärkung sowohl Eigenschaften eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals (Trait) als auch eines aktuellen, veränderlichen Zustands (State) hat. Zu einer aktuell erhöhten somatosensorischen Verstärkung kann es kommen, wenn 1. krankheits- und gesundheitsbezogene Kognitionen (z. B. Vorinformationen, Grundüberzeugungen) bestehen, es 2. einen krankheitsbezogenen aktuellen Kontext gibt (z. B. Grippeinfektion in der Familie), 3. die Aufmerksamkeit auf körperliche Vorgänge gelenkt wird oder 4. der Betroffene unter einer negativen Stimmung leidet, da Angst und Depression das Auftreten unangenehmer körperlicher Symptome begünstigen.

Es ist davon auszugehen, dass die somatosensorische Verstärkung einen wesentlichen, vielleicht den wichtigsten Beitrag zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Krankheitsangst liefert.

Die Belege für Informationsverarbeitungsprozesse im Sinne der somatoformen Verstärkung sind zahlreich: Eine Vielzahl verschiedener Untersuchungen konnte zeigen, dass körperliche Empfindungen von Krankheitsängstlichen häufiger als gesundheitsbedrohlich interpretiert werden (Hitchcock & Mathews, 1992; Smeets et al., 2000; MacLeod et al., 1998; Marcus, 1999; Marcus & Church, 2003; Haenen et al., 2000; Rief et al., 1998). Außerdem schreiben sich Patienten mit Hypochondrie eine größere »Intoleranz von körperlichen Beschwerden« zu als Patienten mit einer klassischen somatoformen Störung und klinische Kontrollpersonen (Rief et al., 1998). Auch schätzen diese Personen eine größere Bandbreite von körperlichen Symptomen als mögliche Krankheitszeichen ein (Barsky et al., 1993).

Weiterhin halten sich hypochondrische Personen für gefährdeter, eine ernste Krankheit zu bekommen, als es nicht-hypochondrische tun (Barsky et al., 2001). Interessanterweise beurteilten in der Studie aber alle Untersuchten, auch die hypochondrischen, ihr eigenes Erkrankungs- und Unfallrisiko als geringer als das anderer Menschen. Dieser optimistische Fehlschluss (► Kap. 1.5.1) scheint also bei Krankheitsängstlichen nicht vollständig verschwunden zu sein.

Auch Untersuchungen zu Aufmerksamkeitseffekten liefern Hinweise auf die Gültigkeit der Theorie der somatosensorischen Verstärkung: Sollen Krankheitsängstliche krankheitsbezogene Wörter richtig wieder erkennen, die zuvor in Sätzen präsentiert worden waren, sind sie darin schneller als nicht Krankheitsängstliche (Hitchcock & Mathews, 1992). In einem emotionalen Stroop-Test benötigten Studierende, denen zuvor mitgeteilt worden war, dass ihr Blutdruck gefährlich hoch sei und die eine hohe somatosensorische Verstärkung hatten, länger, um die Farben von krankheitsbezogenen Wörtern zu nennen als andere Versuchspersonen (Lecci & Cohen, 2002). Dass eine Veränderung der Aufmerksamkeitslenkung eine Verminderung der somatosensorischen Verstärkung erbringen kann, wurde in einer kleinen Studie an drei Personen gezeigt, die ein kurzes Training zur Reduktion der selbstbezogenen Aufmerksamkeit absolvierten und eine noch nach 6 Monaten stabile Verminderung der somatosensorischen Verstärkung aufwiesen (Papageorgiou & Wells, 1998).

Sicherheitssuchendes Verhalten

Wie alle Patienten, die im Rahmen ihrer psychischen Störung unter Ängsten leiden, streben auch hypochondrische Personen nach einer schnellen Reduktion der Angstgefühle. Besonders typisch für die Krankheitsangst sind dabei Verhaltensweisen, die ein Sicherheitsgefühl bzgl. Gesundheit (bzw. dem Nicht-Vorhandensein der befürchteten Krankheit) erzeugen. Die effektivste Angstreduktion bei Hypochondrie findet in den meisten Fällen durch Rückversicherung bei Organmedizinerinnen statt. Aber auch das Einholen von Rückversicherung bei anderen Menschen, das Kontrollieren des Körpers (Body Checking) sowie Vermeidungsverhalten sind hypochondrie-typische Verhaltensweisen, deren Ziel das Erlangen eines Gefühls der Sicherheit ist. Allen sicherheitssuchenden Verhaltensweisen ist gemein, dass sie kurzfristig Ängste reduzieren und langfristig immer häufiger eingesetzt werden. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass sich die Krankheitsängste durch das sicherheitssuchende Verhalten selbst verstärken.

☰ Die wichtigsten sicherheitssuchenden Verhaltensweisen bei Krankheitsangst lassen sich unterteilen in:

1. Einholen von Rückversicherung
 - a) bei Ärzten
 - b) bei anderen Personen (z. B. Familienangehörigen, Freunden)
 - c) durch Medien (v.a. Internet und Fachbücher)
2. Kontrollieren des Körpers (Body Checking)
3. Vermeidungsverhalten.

Da die kurzfristige Angstreduktion durch den Einsatz sicherheitssuchenden Verhaltens als negative Verstärkung agiert, wird es im Verlauf der Hypochondrie zunehmend eingesetzt. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass diese Verhaltensweisen zu einer Erhöhung der Krankheitsangst führen.

häufige unnötige Untersuchungen

Rückversicherung bei Ärzten: Üblicherweise geht ein Krankheitsängstlicher dann zum Arzt, wenn sich körperliche Symptome als vermeintliche Krankheitszeichen verstärkt haben und/oder das Angstgefühl, eine schlimme Krankheit zu haben, besonders stark ist. In diesen Fällen konsultiert der Patient den Mediziner, schildert seine Symptome, meist auch seine Krankheitsbefürchtungen und bittet um eine genaue Untersuchung. Auch wenn der Arzt seinen Patienten schon kennt, er bereits alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt und einen negativen Befund mitgeteilt hat, werden in der Regel wiederholte Untersuchungen vorgenommen. In einer durch unsere Arbeitsgruppe durchgeführten Arztbefragung gab ein Drittel der befragten Hausärzte und Internisten an, bei Krankheitsängstlichen oft Untersuchungen durchzuführen, die aus fachlicher Sicht eigentlich unnötig seien, jedoch zu einer Beruhigung der Patienten führen (Bleichhardt & Weck, 2006).

Es liegt nahe, dass das sicherheitssuchende Verhalten zu einer Verstärkung der hypochondrischen Symptomatik führt. Leider ist diese Wirkweise wissenschaftlich schwer zu untersuchen, weshalb es derzeit nur einzelne Hinweise auf die Erhöhung von Krankheitsängsten durch sicherheitssuchendes Verhalten gibt. So ließen Salkovskis und Warwick (1986) in zwei Einzelfalluntersuchungen einen medizinischen »Spezialisten« das Nicht-Vorhandensein der befürchteten Krankheit versichern, was unmittelbar zu einer Reduktion der Krankheitsängste führte. Jedoch war binnen 24 Stunden die Krankheitsangst bereits über das Ausgangsniveau angestiegen.

Warum ist sicherheitssuchendes Verhalten ungünstig?

Dass sicherheitssuchendes Verhalten einen direkten verstärkenden Einfluss auf die Krankheitsangst hat, klingt möglicherweise selbstverständlich, ist jedoch bei genauerer Betrachtung nicht leicht umfassend zu begründen. Da Patienten zuweilen schlagkräftige Argumente für die Fortführung ihres sicherheitssuchenden Verhaltens haben, ist es hilfreich, auf der anderen Seite genaue Begründungen für die Unterlassung desselben zur Verfügung zu haben. Es lassen sich folgende Wirkweisen vermuten:

1. Das sicherheitssuchende Verhalten wird negativ verstärkt: Durch die kurzfristige, in der Regel aber sehr wirksame Angstreduktion wird das Verhalten verstärkt und deshalb immer häufiger durchgeführt. In einzelnen Fällen gehen hypochondrische Patienten durchschnittlich einmal täglich zum Arzt. In einer Untersuchung an Patienten mit Hypochondrie und multiplen unklaren körperlichen Beschwerden gingen die Betroffenen mehr als einmal wöchentlich (58 mal jährlich) zum Organmediziner (Bleichhardt et al., 2005).



2. Je mehr Zeit der Krankheitsängstliche mit Arztbesuchen und anderem sicherheitssuchendem Verhalten verbringt, desto mehr »kognitiven Raum« nimmt das Thema Krankheit ein. Man versucht z. B., sich nach einem Arztbesuch an den genauen Wortlaut der Rückversicherung zu erinnern, ärztliche Aussagen auf Richtigkeit und Übereinstimmung mit vorherigen Aussagen zu prüfen und zu recherchieren, ob die durchgeführten Untersuchungsverfahren ausschöpfend und bestmöglich waren. Grübeleien und Verhaltensweisen dieser Art erhöhen die Fokussierung auf das Thema Krankheit.
3. Je häufiger der Patient seine Krankheitsängste mit Arztbesuchen »bekämpft«, desto eher sinkt die Schwelle für diejenigen Ängste oder Beschwerden, mit denen man bisher noch nicht zum Arzt gegangen ist. Das heißt, die Toleranz für körperliche Beschwerden vermindert sich. Während die Betroffenen zu Beginn der Hypochondrie bei z. B. leichten Schmerzen einige Zeit abgewartet haben, sehen sie sich nach jahrelanger Chronifizierung i.d.R. nicht mehr in der Lage, sich bei Schmerzen gleicher Intensität selbst zu beruhigen. Die meisten Patienten berichten, dass sie ihre Fähigkeit, zwischen harmlosen, passageren Missempfindungen und ernsthaften Krankheitszeichen zu unterscheiden, verloren haben.

Eine Liste mit typischen Patientenäußerungen zum Thema »unerwünschte Folgen von Arztbesuchen« findet sich im ► Kap. 3.3.

Anderes Rückversicherungsverhalten: Krankheitsängstliche versichern sich oft nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei anderen Personen aus dem Familien- und Bekanntenkreis sowie durch Internet und Fachbücher. Auch wenn diese Verhaltensweisen meist einen geringeren Verstärkerwert als Arztbesuche haben, führen sie ebenfalls aus o.g. Gründen zu einer Verstärkung der Krankheitsangst. Bei der Recherche im Internet oder in Fachbüchern kommt hinzu, dass die Patienten hier oft noch auf weitere Krankheitsideen kommen. Im Folgenden findet sich ein Beispiel für die Internetrecherche eines Patienten.

Fallbeispiel Internetrecherche

Herr B. befürchtet seit Längerem, einen Gehirntumor zu haben, da ihm zuweilen schwindelig ist und er dann auch verschwommen sieht. In letzter Zeit ist ihm zudem aufgefallen, dass seine Arme oder Beine des Öfteren unwillkürlich zucken. Um zu erfahren, wie wahrscheinlich



bei seinen Symptomen ein Gehirntumor ist, gibt er die Begriffe »Schwindel«, »Zuckung« und »Sehstörung« in das Fenster einer Internet-Suchmaschine ein. Er erhält 663 Treffer. Auf den ersten Blick stellt er fest, dass eine Reihe weiterer körperliche Symptome und ihm unbekannte Fremdwörter unter den Treffern sind. Er fühlt sich verunsichert. Die genauere Beschäftigung mit den Treffern liefert eine Reihe von Krankheiten. Neben dem bereits vermuteten Gehirntumor findet er auch, dass für seine Symptome ebenfalls eine Epilepsie oder eine Multiple Sklerose verantwortlich sein könnte. Sollte er vielleicht eine Multiple Sklerose haben? Sein früherer Nachbar hatte MS. Mit ihm hatte er sich immer gern unterhalten, bis dieser dann irgendwann im Rollstuhl saß und nur noch ganz undeutlich sprechen konnte. Danach ist er ihm aus dem Weg gegangen. Was für eine furchtbare Krankheit. Herr B. gibt nun »Multiple Sklerose« in die Suchmaschine ein und erfährt, dass rasche Ermüdbarkeit und allgemeine Mattigkeit typische Frühwarnzeichen sind. Er fühlt sich seit Monaten schlapp. Das hatte er auch schon seinem Arzt erzählt, aber der hat ihn nicht ernst genommen. Vermutlich hat der Arzt seine ganzen Beschwerden nicht in Zusammenhang gebracht. Das Internet informiert ihn weiter, dass zur Diagnose einer MS eine Liquoruntersuchung gemacht werden muss. Herr B. beschließt, noch ein paar Tage abzuwarten und die Symptome zu beobachten. Wenn sich die Symptome nicht bald bessern, wird er mit seinem Arzt besprechen, dass er so eine Liquoruntersuchung bekommen muss.

Kontrollieren des Körpers: Neben der Rückversicherung bei Personen oder durch Medien wird von Krankheitsängstlichen sehr häufig das so genannte Body Checking, also das eigene Untersuchen des Körpers, durchgeführt. Diese Selbsttests werden in der Regel sehr häufig unternommen. Bleiben sie ohne Ergebnis bzw. ohne neue Ergebnisse, führen sie, wie die Rückversicherung, zu einer kurzfristigen Beruhigung. Stellt der Betroffene eine Veränderung seines Körpers fest, steigt die Verunsicherung, und in der Regel muss dann bald ein Arztbesuch folgen, um die Unbedrohlichkeit der körperlichen Veränderung zu bestätigen. Im ► Kap. 1.1.3 wurden bereits einige typische Beispiele für Body Checking aufgeführt.

Wie bereits das o.g. sicherheitssuchende Verhalten führt auch Body Checking aus vielerlei Gründen zu einer Verstärkung des Kontrollverhaltens, aber auch der Krankheitsangst. Wesentliche Wirkweisen sind dabei vermutlich eine Erhöhung der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Körper, die Verminderung der Toleranz für leichte Auffälligkeiten sowie das Nachlassen der Fähigkeit zur Unterscheidung zwischen harmlosen und bedrohlichen Symptomen. Zusätzlich ist zu be-

denken, dass das Kontrollverhalten des Körpers häufig direkt zu weiteren oder schlimmeren Körperempfindungen führt. Patienten, die ihren Körper mehrfach täglich abtasten, tun dies in der Regel mit immer mehr Krafteinsatz. Nicht selten sind Schmerzen oder leichte Schwellungen die Folge.

Vermeidungsverhalten: Das Vermeidungsverhalten krankheitsängstlicher Personen kann sehr unterschiedliche Formen annehmen. Allen Verhaltensweisen ist gemein, dass den Themen Krankheit und Tod aus dem Weg gegangen wird. Typische Beispiele sind die Vermeidung von Krankenhausbesuchen, Fernsehberichten zu bestimmten Krankheiten, Zusammentreffen und Gespräche mit schwer erkrankten Menschen oder bestimmte körperliche Belastungen. Eine besondere Rolle kommt der Vermeidung von Arztbesuchen zu, die im folgenden Kasten erläutert wird.

Vermeidung von Arztbesuchen

Exkurs

Sonderfall: Vermeidung von Arztbesuchen

Zuweilen kommt es vor, dass Patienten mit Hypochondrie auch das Gegenteil von »Doctor Shopping« zeigen: Sie gehen nicht zum Arzt, auch wenn sie es vielleicht tun sollten. Die Angst der Betroffenen vor einem positiven Befund, also einer Bestätigung der Krankheitsbefürchtung, ist so groß, dass sie den Arztbesuch nicht wagen. Häufig argumentieren sie, lieber mit der Ungewissheit, lebensgefährlich erkrankt zu sein, leben zu wollen als mit der Gewissheit, bald sterben zu müssen.

In einigen Fällen kann hier bei genauer Anwendung der diagnostischen Kriterien keine Hypochondrie diagnostiziert werden, da unter Umständen keine organmedizinische Abklärung stattgefunden hat (s. Kriterium B des DSM-IV). In den meisten Fällen wurden die Patienten jedoch schon im Vorfeld auf die befürchtete Krankheit oder andere befürchtete Krankheiten hin untersucht.

1.5.4 Ein kognitiv-behaviorales Gesamtmodell

■ Abb. 1.5 stellt ein Gesamtmodell zur Erklärung der Krankheitsangst dar, das die o.g. Aspekte integriert. Dabei entsprechen die im Modell aufgeführten Zahlen den einzelnen, im Folgenden beschriebenen und entsprechend nummerierten Prozessen:

1. Eine Reihe von Risikofaktoren begünstigt die Entwicklung spezifischer kognitiver Schemata, die z. B. »Es kann jeden treffen.«, »Ich bin körperlich nicht so belastbar wie andere.«, »Wenn man Krebs hat, ist das Leben vorbei.« lauten können. In Zusammenhang damit steht die Entwicklung einer dispositionellen Hypervigilanz auf den

Körper. Die wichtigsten Risikofaktoren sind Erfahrungen mit Krankheit und Tod in der Familie und bei Freunden, eigene Krankheits-erfahrungen, schlechte Erfahrung mit Ärzten und Untersuchungen, ängstliche Persönlichkeitsdisposition, Angst begünstigende Erziehung und Medienberichte. Diese Faktoren spielen nicht nur bei der ersten Entstehung eine Rolle, sondern können u. g. Prozesse immer wieder neu verstärken.

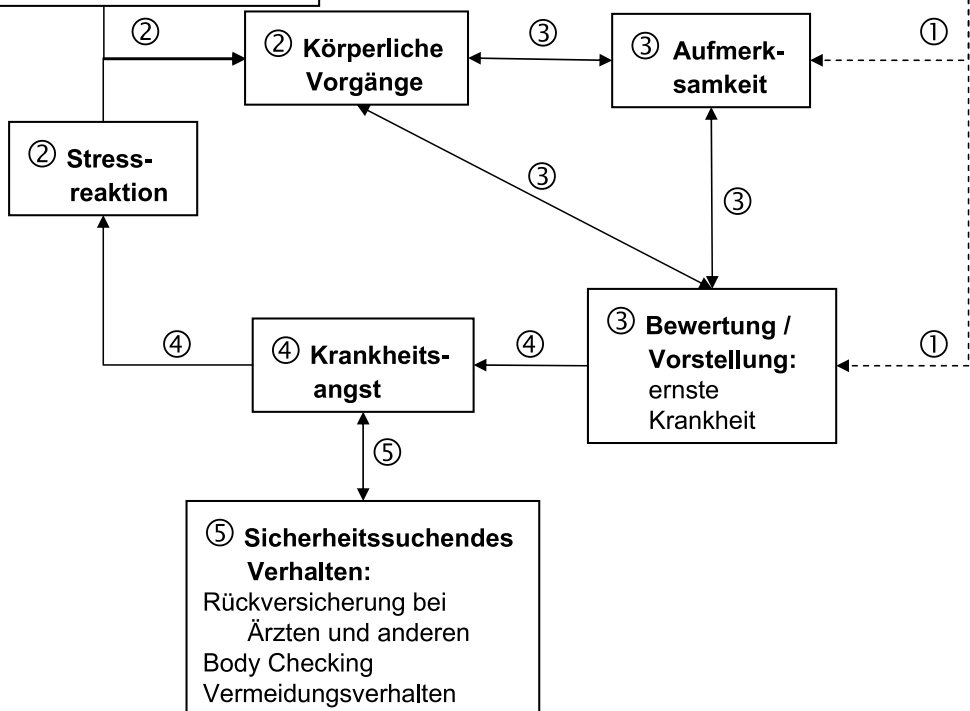
2. Es gibt verschiedene Gründe, warum sich körperliche Prozesse in Gang setzen: Oft sind diese Symptome einer Stressreaktion. Mit Stress ist hier eine Reaktion auf eine Belastung gemeint, d. h., ggf. auch auf intensive Emotionen. Weitere Auslöser für körperliche Veränderungen wären die Einnahme von Medikamenten oder anderen Substanzen, bei deren Umsetzung sich im Körper spürbare Empfindungen zeigen (z. B. Kaffee) oder Verdauungsprozesse sowie körperliche An- oder Verspannung (weitere mögliche Auslöser finden sich in ► Kap. 1.1.2. Durch die dispositionelle Hypervigilanz auf den Körper (s. 1.) werden auch schon leichte körperliche Veränderungen wahrgenommen.
3. Zum »Ausbruch« kommt die Krankheitsangst dann, wenn diese körperlichen Empfindungen aufgrund der o.g. Neigung zu krankheitsbezogenen kognitiven Schemata als Krankheitszeichen interpretiert werden (»Das könnte Krebs sein.«). Natürliche Konsequenz dieser Interpretation ist es, den Körper bestmöglich zu beobachten und darauf zu achten, ob sich dieses Symptom oder andere Missempfindungen wieder zeigen bzw. intensivieren. Je stärker diese Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Körper oder bestimmte Körperregionen ist, desto wahrscheinlicher wird auch erneut ein vermeintliches Krankheitszeichen wahrgenommen, welches wiederum die Krankheitsidee bestätigt und längerfristig festigt (»Ich habe Krebs.«). Mit diesen Bewertungen sind bestimmte Vorstellungen über pathologische Prozesse im Körper verbunden, z. B. hat ein Patient mit der Befürchtung, Magenkrebs zu haben, bestimmte Bilder im Kopf, wie dieser Tumor in seinem Bauch aussieht. Diese führen wiederum zu einer weiteren Verstärkung körperlicher Symptome, wie z. B. erhöhte Magensäureproduktion oder Übelkeit.
4. Mit der Idee, eine schlimme Krankheit zu haben, ist unweigerlich die Angst verbunden, unter dieser zu leiden bzw. an dieser zu sterben. Akute, ausgeprägte Krankheitsängste produzieren als Teil einer Stressreaktion zusätzlich weitere bzw. stärkere körperliche Missempfindungen.
5. Die Krankheitsängste haben zur Folge, dass Strategien eingesetzt werden, die die Ängste reduzieren sollen: Der Patient lässt sich vom Arzt oder anderen Personen versichern, gesund zu sein, kontrolliert seinen Körper als Selbstberuhigungsstrategie und ver-

① **Risikofaktoren begünstigen krankheitsbezogene kognitive Schemata und Hypervigilanz auf den Körper**

Erfahrungen mit Krankheit und Tod in Familie und bei Freunden, eigene Krankheitserfahrungen, schlechte Erfahrung mit Ärzten und Untersuchungen, ängstliche Persönlichkeitsdisposition, angstbegünstigende Erziehung, Medienberichte.

② **Auslöser außer Stress:**

Substanzen wie Koffein, Alkohol
Verdauungsprozesse
körperliche An-/Verspannung...



meidet Situationen, die ihn mit dem Thema Krankheit konfrontieren. All diese Strategien reduzieren jedoch nur kurzfristig die Krankheitsangst und werden deshalb immer häufiger eingesetzt. Langfristig führen sie zudem zu einer Erhöhung der Krankheitsangst, da sie die Toleranz und Unterscheidungsfähigkeit »harmlos« vs. »bedrohlich« für Körperempfindungen vermindern.

■ **Abb. 1.5.** Gesamtmodell

- Σ Bei jedem Menschen bildet sich eine stärkere oder schwächere Veranlagung für Krankheitsangst und körperbezogene Aufmerksamkeit aus. Treten durch Stress oder andere auslösende Ereignisse körperliche Symptome auf, werden diese als Zeichen bedrohlicher Erkrankungen interpretiert. Durch erhöhte Aufmerksamkeit und psychophysiologische Angstreaktionen verstärken sich diese Symptome, was die Krankheitsannahme wiederum verstärkt. Darüber hinaus führen sicherheitssuchende Verhaltensweisen (Rückversicherung, Body Checking, Vermeidung) kurzfristig zu Angstreduktionen, langfristig zu einer Aufrechterhaltung der Symptomatik.

Kognitiv-behaviorale Therapieansätze und ihre Wirksamkeit

- 2.1 Kognitiv-behaviorale Therapieansätze – 50**
 - 2.1.1 Die »Explanatory Therapy« nach Kellner (1986) – 50
 - 2.1.2 Die kognitiv-educative Behandlung von Barsky et al. (1988) – 51
 - 2.1.3 Kognitiv-behaviorale Behandlung der Krankheitsangst nach Warwick & Salkovskis (2001) – 52
 - 2.1.4 Die kognitiv-behaviorale Therapie für somatoforme Störungen nach Rief & Hiller (2010) – 53
 - 2.1.5 Integrativer kognitiv-behavioraler Ansatz bei intensiven Krankheits Sorgen nach Furer et al. (2001) – 56
 - 2.1.6 Bezug der vorgestellten Ansätze zum vorliegenden Behandlungsmanual – 57

- 2.2 Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie – 58**
 - 2.2.1 Ergebnisse randomisiert-kontrollierter Studien – 58
 - 2.2.2 Zusätzliche Erkenntnisse aus Studien ohne Kontrollgruppen – 61

Im Folgenden (► Kap. 2.1) werden die wichtigsten fünf Therapieansätze vorgestellt, die der kognitiven Verhaltenstherapie zugeordnet werden können. Die Ansätze von Kellner, Barsky sowie Warwick & Salkovskis entstanden dabei bereits in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts, die Ansätze von Rief & Hiller sowie Furer etwa ein Jahrzehnt später. Der nächste Abschnitt (► Kap. 2.2) gibt einen Überblick über die bisherigen Therapieevaluationsstudien.

2.1 Kognitiv-behaviorale Therapieansätze

Den fünf hier vorgestellten Therapieansätzen ist gemeinsam, dass sie eine Integration verschiedener therapeutischer Strategien verwenden und sich nie auf nur ein einzelnes Vorgehen beziehen. Die charakteristischen Unterschiede der einzelnen Programme sind nicht sehr groß, vielmehr unterscheiden sie sich in der Wichtigkeit, die z. B. der kognitiven Umstrukturierung oder Reizexposition beigemessen werden. Keines der vorgestellten Programme wurde bisher als Behandlungsmanual veröffentlicht.

2.1.1 Die »Explanatory Therapy« nach Kellner (1986)

Der älteste Ansatz stammt vom US-amerikanischen Psychiater Robert Kellner. Sein Vorgehen unterscheidet sich in einem Punkt wesentlich von allen folgenden: Kellner rät dazu, Patienten Rückversicherung zu geben. Nach Sichtung der Befunde sollte man den Patienten dann etwa Folgendes mitteilen: »Sie haben eine ausgezeichnete Gesundheit; ihre Symptome können sehr schmerzhaft sein, oft dauert es eine lange Zeit, bis sie wieder weggehen.« (Kellner, 1986, S. 245). Auch im späteren Verlauf der Therapie ist Rückversicherung nach Kellner die schnellste und erfolgreichste Methode, Symptome und Ängste zu reduzieren. Sie soll deshalb zu Beginn der Therapie durch eine kurze körperliche Untersuchung und Versicherung der Gesundheit gegeben werden. Wendet sich der Patient im späteren Verlauf der Therapie mit rückversichernden Fragen an den Therapeuten, genüge eine kurze Exploration der Beschwerden und eine folgende Versicherung, dass der Betreffende gesund ist. Ruft der Patient aus diesem Grund an und ist akut sehr in Sorge, kann die Rückversicherung bei fortgeschrittener Therapie auch telefonisch erfolgen. Wichtigstes Ziel der Therapie nach Kellner ist es, Patienten alternative Erklärungen für körperliche Beschwerden an die Hand zu geben, weshalb er seine Therapie auch »Explanatory Therapy«, also erklärende Therapie, nennt.

Verordnung von Rückversicherung

2.1.2 Die kognitiv-educative Behandlung von Barsky et al. (1988)

Der Ansatz des US-amerikanischen Psychiaters Arthur Barsky und seinen Mitarbeitern (Barsky et al., 1988; Barsky & Ahern, 2004) setzt sich zum Ziel, die so genannten »Symptom Amplifyer«, also diejenigen Prozesse, die eine somatosensorische Verstärkung (► Kap. 1.5) beeinflussen, zu vermindern bzw. unterbinden. Das Programm kann über sechs Wochen mit je einer wöchentlichen Sitzung in Gruppen durchgeführt werden, in der unter ► Kap. 2.2.1 dargestellten Evaluationsstudie wurde es an die Einzeltherapie angepasst. Die Autoren betonen ausdrücklich den edukativen Charakter des Programms, so handele es sich beim Verhältnis von Therapeut und Patient eigentlich auch eher um eines von Lehrer und Schüler.

Das Programm hat vier Schwerpunktbereiche, die folgendermaßen erarbeitet werden:

1. **Aufmerksamkeit und Entspannung:** Die Bedeutung der selektiven Aufmerksamkeit als symptomverstärkender Prozess wird erläutert und an Beispielen veranschaulicht. Die besondere Sensibilität der Patienten für körperliche Vorgänge soll dann genutzt werden, sich auf gutartige Körperempfindungen und Anzeichen von Entspannung zu konzentrieren. Potentiell pathologische Symptome sollen ignoriert werden. Dabei werden verschiedene Entspannungs- und Aufmerksamkeitsübungen durchgeführt, z. B. soll eine Rosine sehr langsam und bewusst zu sich genommen werden, oder die Patienten sollen sich ausschließlich auf ihre körperlichen Empfindungen in Zusammenhang mit der Atmung sowie die dabei aufkommenden Gedanken konzentrieren.
2. **Kognition und Symptomattribution:** Es werden zwei kognitive Modelle präsentiert, die aufgrund der Interpretation körperlicher Empfindungen zu einer Symptomverstärkung führen.
 - a) Das erste Modell (»cognitive-perceptual model«) geht davon aus, dass Körpersymptome, denen man eine bedrohliche Ursache zuschreibt, besonders intensiv und störend wahrgenommen werden. Wenn man eine Erklärung für eine Empfindung gefunden hat, wird geprüft, ob weitere Informationen zur Verfügung stehen, um diese Erklärung zu bestätigen. Demgegenüber werden widersprüchliche Informationen vernachlässigt.
 - b) Im zweiten Modell (»stress model«) werden Informationen zur Stressreaktion und dem Immunsystem gegeben. Stress wird für die Entstehung vieler körperlicher Empfindungen verantwortlich gemacht.
3. **Situativer Kontext:** Hier wird erklärt, dass der situative Kontext entscheidend dafür ist, ob und wie stark Symptome erlebt werden. Ein Mensch, der einen ganzen Tag voller Haushaltspflichten vor

Psychoedukation

sich hat, spürt seine chronischen Rückenschmerzen zumeist deutlich stärker, als wenn er geplant hätte, mit Freunden Angeln zu gehen.

4. **Negative Emotionen:** Angst vermindert die Schmerzschwelle und die Schmerztoleranz. Darüber hinaus können die körperlichen Begleiterscheinungen der Angst zusätzlich als vermeintliche Krankheitszeichen interpretiert werden. Schlechte Stimmung verstärkt körperliches Unwohlsein. Ähnlich wie bei der Angst geht eine depressive Stimmungslage damit einher, sich als versehrt wahrzunehmen, und die Gedanken zentrieren sich um die Themen Misserfolg, Leiden und Tod. Dies verstärkt körperliche Beschwerden. Abschließend wird mit den Patienten erarbeitet, dass sie sich oft zu wenig Gutes tun und zu wenig Zeit für sich selbst verwenden. Gemeinsam werden Veränderungsmöglichkeiten überlegt.

2.1.3 Kognitiv-behaviorale Behandlung der Krankheitsangst nach Warwick & Salkovskis (2001)

Ziel: Alternative Erklärungen für Symptome

Die englische Arbeitsgruppe der Psychologen Paul Salkovskis und Hilary Warwick (Warwick & Salkovskis, 2001; Salkovskis & Warwick, 1986) benennt als das wichtigste Behandlungsziel, dass die Patienten eine psychologische Erklärung als nicht-katastrophisierende Alternative zu ihren bisherigen katastrophisierenden Bewertungen erhalten. Dem entsprechend wird der Schwerpunkt dieser Therapie bei Psychoedukation und kognitiver Umstrukturierung gesetzt. Das für die Einzeltherapie gedachte Programm untergliedert sich in sieben Schritte:

1. **Diagnostik und Installation der Therapiebeziehung:** Im ersten Abschnitt wird mit dem Patienten eine Verhaltensanalyse angefertigt, und die Diagnose wird gestellt. Da krankheitsängstliche Patienten oft besondere Vorbehalte gegen eine psychologische Behandlung haben, soll besonderer Wert darauf gelegt werden, dem Patienten zu vermitteln, dass er ernst genommen wird. Alternative Erklärungen für Körpersymptome sollen langsam und verständlich gegeben werden.
2. **Gegenüberstellung von bisherigem und alternativem Krankheitsmodell:** Das subjektive Krankheitsmodell wird formuliert und festgehalten. Der Therapeut argumentiert, dass dieses Modell bisher nicht zu einer zufrieden stellenden Lösung der Probleme geführt hat, und stellt deshalb ein an den Patienten angepasstes, psychologisches Erklärungsmodell gegenüber. In diesem Modell spielen die Fokussierung auf körperliche Beschwerden sowie die aufrechterhaltende Wirkung sicherheitssuchender Verhaltensweisen eine wichtige Rolle.

3. **Selbstbeobachtung:** Die Patienten werden angeleitet, über Gesundheitsorgen, auslösende Symptome, Angstintensitäten und eingesetzte Verhaltensweisen ein Tagebuch zu führen.
4. **Identifikation und Reattribution negativer automatischer Gedanken:** Mit den Patienten werden Listen mit »Belegen« für die befürchtete Krankheit sowie Gründen dagegen gesammelt. Mittels Verhaltensexperimenten, in denen man sich z. B. besonders stark auf die vermeintlich betroffene Körperregion konzentrieren soll, wird die Funktionsweise der Aufmerksamkeit verdeutlicht.
5. **Veränderung aufrechterhaltender Faktoren:** Wenn Vermeidungsverhalten vorliegt, wird eine graduierte Reizexposition durchgeführt. Gegen das Kontrollieren des Körpers und das Einholen von Rückversicherung sollte Reaktionsverhinderung eingesetzt werden. Grübelt der Patient viel, wird er angeleitet, an einer kurzen, festgelegten Zeitperiode am Tag zu grübeln. Zudem soll die Körperfokussierung durch Ablenkungsstrategien vermindert werden.
6. **Identifikation und Reattribution dysfunktionaler Annahmen:** Um Rückfälle zu verhindern, werden auch übergeordnete Annahmen (z. B. Ein körperliches Symptom wird immer durch eine körperliche Krankheit verursacht., »Alles, was schlimm ist, passiert mir.«) kognitiv umstrukturiert.
7. **Verhinderung von Rückfällen:** Abschließend werden die Patienten sorgfältig instruiert, wie sie mit körperlichen Empfindungen und Informationen über Krankheiten in Zukunft umgehen sollen, da sie ihnen noch ihr ganzes Leben begegnen werden.

2.1.4 Die kognitiv-behaviorale Therapie für somatoforme Störungen nach Rief & Hiller (2010)

Die beiden deutschen Psychologen Winfried Rief und Wolfgang Hiller (2010) beschreiben ein Behandlungskonzept, das sowohl bei allen somatoformen Störungen als auch bei der Hypochondrie im Besonderen angewendet werden soll. Die Therapie wird hier nach dem Bausteinprinzip durchgeführt, d.h., die Reihenfolge der einzelnen therapeutischen Strategien ist nicht vorgegeben, und es ist nicht bei jedem Patienten notwendig, sämtliche Therapiebausteine zu verwenden.

Rief & Hiller legen viel Wert auf die therapeutische Eingangsphase, da somatoforme Patienten oft ambivalent motiviert zum Psychotherapeuten kommen und sich aufgrund ihrer Vorerfahrungen misstrauisch oder ablehnend verhalten. Deshalb sollten zu Beginn folgende Aspekte exploriert bzw. geklärt werden:

Bausteinprinzip

Explorationsleitfaden zu Therapiebeginn nach Rief & Hiller (2010)

- Was ist der Anlass für den Patienten, sich in Behandlung zu begeben?
- Diagnostik und Anamneseerhebung
- Erfahrungen mit Vorbehandlungen
- Subjektives Krankheitsmodell des Patienten
- Lebenseinschränkungen
- Bisherige Bewältigungsversuche
- Besprechung der Rahmenbedingungen (Festlegung des zeitlichen Umfangs der Behandlung, Vorurteile über Psychotherapie aus dem Weg räumen, Koordination mit Organmediziner)
- Erstellung einer genauen Verhaltens- und Bedingungsanalyse
- Definition von Zielen bzgl. Symptomen, Arbeits- und Privatleben und weiterer Aufbau von Veränderungsmotivation

Das Ziel der folgenden Therapiebausteine ist es zumeist, zu einer Veränderung des organmedizinischen Störungsmodells in Richtung eines psychophysiologischen Modells zu kommen. Dabei sind folgende Schritte wichtig:

1. Informationsvermittlung
 - a) **bzgl. Stress:** Ein kurzer Überblick über Aufbau von Gehirn, Rückenmark und peripherem Nervensystem soll gegeben werden. Durch eine Aktivierung des Sympathikus wird eine Alarmbereitschaft des Körpers ausgelöst, die mit einer Vielzahl körperlicher Veränderungen einhergeht. Emotionale Belastungen führen zu einer verstärkten Aktivität des vegetativen Nervensystems.
 - b) **bzgl. Schmerzentstehung und -verarbeitung:** Informationen zur Weiterleitung von Impulsen im Rückenmark unter Berücksichtigung der Gate-Control-Theorie und der Schmerzwahrnehmung im Gehirn, zur Schmerzentstehung als Folge von Muskelverspannungen, reduzierter Sauerstoffzufuhr, Ansammlung von Schlackstoffen und Dehnung von Blutgefäßen sollen vermittelt werden
 - c) **bzgl. Hyperventilation:** Durch schnellere und tiefere Atmung verringert sich die Kohlendioxid-Konzentration im Blut, was Missempfindungen bedingen kann.
2. **Retrospektive Erfassung situativer Einflüsse:** Bedingungen, unter denen die Körpersymptome besonders stark oder schwach waren, sollen mit Hilfe von Selbstbeobachtungsbögen identifiziert werden. Zu Therapiebeginn sollte hier das Zeitfenster sehr klein gehalten werden (z. B. als Stundenprotokoll), um das aktuell Erlebte direkt abzubilden.

3. **Wahrnehmungsprozesse und Aufmerksamkeitsfokussierung:** Patienten soll mittels Übungen und Verhaltensexperimenten vermittelt werden, wie durch Wahrnehmungslenkung körperliche Beschwerden intensiver oder abgeschwächer wahrgenommen werden.
4. **Vorstellungen beeinflussen körperliche Funktionen:** Einige Patienten haben konkrete bildliche Vorstellungen über das Krankheitsgeschehen in ihrem Körper. Es soll vermittelt werden, dass allein diese Vorstellungen körperliche Symptome produzieren können.
5. **Biofeedback zur Demonstration psychophysiologischer Zusammenhänge:** Ein hoher Wert wird dem Biofeedback zugeschrieben, welches eine gute Möglichkeit bietet, den Zusammenhang kognitiver sowie emotionaler Prozesse auf der einen Seite und körperlicher Vorgänge auf der anderen Seite zu veranschaulichen (vgl. Nanke & Rief, 2000). Es wird empfohlen, möglichst »symptomnahe« Ableitparameter zu verwenden und Stressprovokationsübungen durchzuführen.
6. **Entspannungsverfahren:** Entspannung wird als Basisintervention beschrieben, um das Aktivierungsniveau zu senken, Verspannungen zu reduzieren und das Wohlbefinden zu verbessern. Dabei ist der Progressiven Muskelentspannung der Vorzug zu geben.
7. **Rückversicherung:** Mit dem Patienten sollte vereinbart werden, dass bisherige Rückversicherungssituationen genutzt werden sollen, um andere Bewältigungsmöglichkeiten auszuprobieren. Im Fall von dramatischen Krisen soll eine Zeitspanne vereinbart werden, in der die Entscheidung über einen Arztbesuch hinausgeschoben wird. Weiterhin sollten Arztbesuche zeit- und nicht mehr symptomkontingent stattfinden.
8. **Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffs:** Einstellungen im Sinne von »Ein gesunder Körper macht keine Missempfindungen.« sollen hinterfragt und verändert werden. Dazu ist der Einsatz von Symptomprovokationsübungen (z. B. Hyperventilation, Schwindelprovokation, Gymnastik) hilfreich.
9. **Kontrollverhalten:** Die Folgen des Kontrollierens des Körpers sollen verdeutlicht werden. Als Übung soll das Kontrollverhalten gesteigert werden, danach können verschiedene negative Folgen exploriert werden. Es soll vereinbart werden, für bestimmte Zeit auf das Kontrollverhalten zu verzichten.
10. **Schon- und Vermeidungsverhalten:** Ebenso wie Rückversicherung und Kontrollverhalten sollen auch diese Verhaltensweisen abgebaut werden, allerdings ist hier ein langsames, graduiertes Vorgehen vorzuziehen, da sonst die Beschwerden zu stark werden können.
11. **Kognitive Therapie der hypochondrischen Ängste:** Nach der Exploration der hypochondrischen Kognition soll zunächst die Glaubwürdigkeit des Gedankens, danach die Gründe für diese Bewertung gesammelt werden. Anschließend werden Beobachtungen und Informationen formuliert, die gegen den hypochondrischen Gedan-

Biofeedback

ken sprechen. Nachdem die Glaubwürdigkeit des Gedankens erneut eingeschätzt wurde, soll eine Verhaltensaufgabe abgeleitet werden, um z. B. Missempfindungen auszulösen.

2.1.5 Integrativer kognitiv-behavioraler Ansatz bei intensiven Krankheitsorgen nach Furer et al. (2001)

Schwerpunkt Expositionen

Die kanadische Psychologin Patricia Furer (Furer et al., 2001; Furer & Walker, 2005) entwickelte mit Kollegen den im Folgenden stichwortartig dargestellten Therapieansatz, der vierzehn strukturierte Sitzungen umfasst. Diese Behandlung wird von Furer und Mitarbeitern im Einzel- und Gruppensetting durchgeführt. Im Vergleich zu den anderen dargestellten Ansätzen ist dieser stark expositionsorientiert. Dies ist das einzige Therapieprogramm, welches die Auseinandersetzung mit dem Tod fördert.

1. **Einführung:** Neben allgemeinen Themen soll hier vom Therapeuten die Existenz der körperlichen Beschwerden bestätigt und glaubhaft gemacht werden.
2. **Krankheitsorgen verstehen:** Diskussion des Begriffs Hypochondrie, Einführung der Bauchatmung zur Entspannung, Sammeln von Bedingungsfaktoren.
3. **Einführung des kognitiv-behavioralen Erklärungsmodells:** Erklären der Modellkomponenten und Sammeln von Beispielen.
4. **Katastrophengedanken und Kontrollieren von Symptomen:** Identifikation von negativen Gedanken, die sich auf Krankheitsängste beziehen, Exploration von Kontrollverhalten des Körpers mit kurz- und langfristigen Konsequenzen, Einführung der Progressiven Muskelrelaxation.
5. **Bewältigende Gedanken:** Patienten sollen bewältigende Gedanken (»coping thoughts«) entwickeln (z. B. »Ich habe schlimme Kopfschmerzen, aber das hatte ich schon oft, und es war nie ein Gehirntumor. Ich kann damit umgehen wie jeder andere auch.«). Patienten sollen überlegen, wie oft sie den Gedanken hatten und wie oft das befürchtete Ereignis eingetreten ist. Das eigene Erkrankungsrisiko für die bestimmte Krankheit in der eigenen Altersgruppe soll formuliert werden.
6. **Kontrollieren vermindern, Rückversicherung:** Reaktionsverhinderung für Kontroll- und Rückversicherungsverhalten, wobei die Patienten die spezifischen Verhaltensweisen nennen sollen, die sie vermindern wollen. Hausaufgabe: Besprechung der Krankheitsorgen mit dem Lebenspartner.
7. **Konfrontation mit Krankheitsorgen:** Patienten verfassen eine möglichst reale und emotionale Geschichte darüber, dass ihre

schlimmsten Ängste wahr werden. Ziel dabei ist es, die Kontrolle über die Gedanken zu steigern.

8. **Vermeidung verhindern:** Patienten sollen herausfordernde und bisher vermiedene Situationen nennen und diese als Hausaufgabe täglich aufsuchen, ohne Kontroll- oder Rückversicherungsverhalten einzusetzen.
9. **Umgang mit der Angst vor dem Tod:** Zum einen soll überlegt werden, wie man möglichst viel Freude und Befriedigung aus dem eigenen Leben ziehen kann, zum anderen sollte der Realität von Verlust und Tod ins Auge gesehen werden. Patienten schreiben einen eigenen Nachruf bei einem angenommenen baldigen Tod.
10. **Ziele setzen:** Festhalten lang- und kurzfristiger Lebensziele, Einführung imaginativer Entspannungstechniken. Hausaufgabe: Verfassen eines Testaments, Besprechung der eigenen Beerdigungswünsche mit dem Partner.
11. **Vermeidung und Lebenszufriedenheit:** Tägliche Weiterführung der Expositionen, Hinarbeiten auf kurz- und langfristige Ziele.
12. **Umgang mit Gesundheitsinformationen:** Diskussion über Gesundheitsinformationen aus den Medien. Bei angstbezogenen Gedanken sollen alternative Kognitionen entgegengesetzt werden.
13. **Umgang mit Rückschlägen, Rückfallprävention:** Potentielle Auslöser für Rückschläge sammeln, Coping-Strategien wiederholen.
14. **Rückschau:** Welche Ziele wurden erreicht? An welchen Zielen möchte der Patient noch arbeiten? Wie hilfreich waren einzelne Bewältigungsstrategien?

2.1.6 Bezug der vorgestellten Ansätze zum vorliegenden Behandlungsmanual

Den vorgestellten Therapieprogrammen ist weitgehend gemeinsam, dass sie sich zum Ziel setzen, harmlose alternative Erklärungen für körperliche Beschwerden zu vermitteln, kognitive Umstrukturierung zur Veränderung der katastrophisierenden Bewertungen durchzuführen und das sicherheitssuchende Verhalten verändern zu wollen. Die Gesamtheit der in diesem Kapitel genannten Verfahren bildet die Grundlage für das vorliegende Behandlungsmanual. Beispielhaft seien einige konkrete Anregungen genannt, die aus den einzelnen Behandlungsprogrammen stammen. Da der Ansatz von Rief & Hiller (2010) bisher der in der größten Ausführlichkeit dargestellte Ansatz war, wurden hier viele Anregungen übernommen. Auch wurde entsprechend Rief et al. (2002) bzw. Bleichhardt et al. (2004) so vorgegangen, das vollständige Erklärungsmodell erst gegen Abschluss der Behandlung zu erklären, die einzelnen Teile des Modells aber in jede Sitzung zu integrieren. Die kognitive Umstrukturierung hat den engsten Bezug zum Vorgehen nach

Salkovskis & Warwick. Bezüglich seiner Expositionsorientierung sowie seines mutigen Umgangs mit dem Thema Tod war das Konzept von Furer ein Vorbild.

2.2 Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie

Um die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode glaubhaft zu belegen, genügt es nicht, Patienten vor und nach einer solchen Behandlung zu untersuchen. Da in diesem Fall stets argumentiert werden kann, dass sich die Veränderungen auch durch andere Faktoren eingestellt haben können, ist neben dieser Behandlung eine Kontrollbedingung zu implementieren, die sich möglichst nur bezüglich der potentiell wirksamen Interventionen von der experimentellen Behandlung unterscheidet. Dann muss per Zufall entschieden werden, ob ein Patient eine Kontrollbehandlung oder eine experimentelle Behandlung erhält. Bei solchen Studien spricht man von einem randomisiert-kontrollierten Design. Randomisiert-kontrollierte Studien wurden bisher nur zur Evaluation der kognitiven Verhaltenstherapie durchgeführt.

2.2.1 Ergebnisse randomisiert-kontrollierter Studien

Leider existiert nur eine Handvoll randomisiert-kontrollierter Studien zur Hypochondrie. Dabei wird die kognitive Verhaltenstherapie auch oft nur mit einer Wartekontrollgruppe verglichen. Auch wenn die Stichprobengrößen der meisten Untersuchungen klein sind, findet man einheitliche Belege für eine Wirksamkeit der durchgeführten Therapien.

Fava et al., 2000

Fava et al. (2000) verwendeten die Explanatory Therapy nach Keller (► Kap. 2.1.1) an 10 randomisiert zugeteilten Patienten mit Hypochondrie, während 10 weitere Patienten einer Wartekontrollgruppe zugewiesen wurden. Die Behandlung bestand aus acht halbstündigen Sitzungen. Im Vergleich zur Wartekontrollgruppe zeigten sich nach Abschluss der Behandlung eine Verminderung hypochondrischer Tendenzen sowie der Depressivität. Die IAS-Skalen **Krankheitssorgen**, **Beschäftigung mit Schmerzen** und **Körperliche Aufmerksamkeit** (► Kap. 1.3.3) verminderten sich. Die Längsschnitt-Effektstärken vom Anfangszeitpunkt bis zum 6-Monats Follow-Up betragen $d=0,99$ für die IAS-Unterskala **Krankheitssorgen**, $d=0,92$ für **Beschäftigung mit Schmerzen** und $d=1,13$ für **Körperliche Aufmerksamkeit**. Für die IAS-Unterskala hypochondrische Annahmen (z. B. Item 10: »Glauben Sie, dass Sie eine körperliche Krankheit haben, die aber von den Ärzten nicht richtig diagnostiziert worden ist?«) fanden sich erstaunlicherweise keine signifikanten Veränderungen durch die Therapie.

Effektstärken als Therapieerfolgsmaß

Wenn man liest, dass sich Fragebogenwerte von Therapiebeginn bis zum Abschluss signifikant reduziert haben, wird ausgesagt, dass die Veränderung der Werte überzufällig ist. Dies liefert jedoch keine Informationen darüber, wie sehr die Fragebogenwerte gesunken sind. So können bei sehr großen Stichproben auch schon minimale Unterschiede signifikant werden. Deshalb bietet es sich an, außer der Angabe signifikanter Mittelwertsunterschiede auch Aussagen über das Ausmaß dieser Unterschiede zu treffen.

Zu diesem Zweck berechnet man Effektstärken. Bei der Effektstärke d handelt es sich um ein an der Streuung standardisiertes Maß des Mittelwertsunterschiedes. Dabei entspricht ein Wert von 1,0 einer Mittelwertsveränderung von einer Standardabweichung. Als Konvention wird eine Effektstärke ab $d=0,30$ als kleiner, ab $d=0,50$ als mittlerer und ab $d=0,80$ als großer Effekt bezeichnet (Cohen, 1988).

Wenn immer es der Text zuließ, wurden aufgrund der deskriptiven Angaben in den Therapiestudien Effektstärken berechnet. Zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurden stets Längsschnitteffekte (für den Vergleich der Werte von Therapiebeginn und Therapieende) berechnet. Wenn möglich, wurden bekannte Fragebogenmaße verwendet.

Aus der Arbeitsgruppe um Salkovskis und Warwick, deren Therapieansatz unter ► Kap. 2.1.3 vorgestellt wurde, gibt es zwei kontrollierte Studien. In der älteren von Warwick et al. (1996) wurden 32 Patienten mit Hypochondrie randomisiert entweder einer kognitiven Verhaltenstherapie mit insgesamt 16 wöchentlich stattfindenden Sitzungen oder einer Wartekontrollgruppe zugeteilt. Im Vergleich zur Wartekontrollgruppe zeigten sich bei der Therapiebedingung z. B. signifikante Veränderungen in der von Patienten, Therapeuten und unabhängigen Beurteilern eingeschätzten globalen Schwere des Problems oder in dem Bedürfnis nach Rückversicherung. Die Erfolge blieben in der Therapiegruppe auch drei Monate nach Behandlungsabschluss stabil. In den verwendeten Fragebogen für allgemeine Angst und Depression Beck Anxiety Inventory und Beck Depression Inventory fanden sich ebenfalls signifikante Unterschiede und jeweils recht große Effektstärken von etwa zwei Standardabweichungen für den Vergleich mit dem 3-Monats Follow-Up.

Clark et al. (1998) testeten das Behandlungsprogramm von Warwick und Salkovskis gegen eine verhaltensorientierte Stress-Management-Gruppe sowie eine Wartekontrollgruppe. Insgesamt nahmen 48 Patienten an der Studie teil, wobei 23 Patienten randomisiert der kognitiven

Warwick et al., 1996

Clark et al., 1998

Verhaltenstherapie über 16 wöchentliche Sitzungen zugeteilt wurden. Im Ein-Jahres Follow-Up zeigten beide Behandlungen, Verhaltenstherapie und Stressmanagementbehandlung, vergleichbare Erfolge. Zu Therapieende ist die Verhaltenstherapie dem Stressmanagement bzgl. diverser Maße, u.a. der mit Gesundheitsorgen verbrachten Zeit, der Häufigkeit von Krankheitsgedanken oder dem Kontrollverhalten überlegen. Die Längsschnitteffekte in den standardisierten Fragebogen Beck Anxiety Inventory und Beck Depression Inventory ist für den Vergleich von Therapiebeginn bis Ein-Jahres Follow-Up groß, jedoch mit $d=0,92$ bzw. $d=0,73$ deutlich kleiner als die im 3-Monats Follow-Up von Warwick et al. (1986).

Visser & Bouman, 2001

Visser & Bouman (2001) verglichen zwei verschiedene Behandlungen bei Hypochondrie, die sich jeweils über 12 Sitzungen erstreckten. Behandlung A bestand aus einer kognitiven Therapie, in der kognitive Umstrukturierung plus Verhaltensexperimente zur Testung der Glaubwürdigkeit automatischer und alternativer Kognitionen durchgeführt wurden. Bei Behandlung B standen Expositionen mit Reaktionsverhinderung im Vordergrund: Nach einer Erstellung einer Angsthierarchie sollte jeweils als Hausaufgabe Vermeidungs-, Kontroll- und Rückversicherungsverhalten aufgegeben werden und angstausslösende Situationen aufgesucht werden. Patienten wurden randomisiert Behandlung A (20 Patienten), Behandlung B (22 Patienten) oder einer Wartekontrollgruppe (14 Patienten) zugewiesen. Die beiden Behandlungen zeigten sich im Wesentlichen gleich erfolgreich, und der Erfolg blieb auch im 7-Monats Follow-Up stabil. Die Effektstärken für die Unterskala **Krankheitsangst** der IAS ($d=1,70$ für Exposition, $d=2,81$ für Kognitive Therapie) oder die Unterskala **Somatisierung** der SCL-90-R ($d=1,1$ für Exposition, $d=1,55$ für Kognitive Therapie) sind hoch. Detailanalysen weisen auf eine leichte Überlegenheit der kognitiven Therapie hin. Die Rate von Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie betrug rund 70%.

Barsky & Ahern, 2004

Die bisher größte kontrollierte Therapiestudie wurde von Barsky & Ahern (2004) durchgeführt. Patienten mit erhöhten Fragebogenwerten für Krankheitsangst wurden randomisiert entweder einer nur sechs Sitzungen andauernde kognitive Therapie ähnlich der unter ► Kap. 2.1.2 beschriebenen oder einer normalen medizinischen Betreuung zugewiesen. 102 Patienten nahmen an der Therapie teil, 85 erhielten die medizinische Behandlung. Die Therapie zeigte sich gegenüber der Kontrollbedingung in verschiedensten Erfolgsmaßen als überlegen. Die Korrelation der Behandlung mit dem Whitely-Index betrug $r = 0,27$, die mit der Funktionsfähigkeit bzgl. Alltagsaktivitäten $r=0,30$ zum 12-Monats Follow-Up. Beides sind mittlere Effekte. Es fand sich keine signifikante Veränderung der körperlichen Symptome. Die New York Times berichtete am 25.03.2004, dass in dieser Studie Erfolgsraten von 57% für die Therapie, 32% für die medizinische Behandlung erzielt wurden.

Thomson und Page (2008) berücksichtigten in einem Cochrane-Review sechs kontrolliert randomisierte Therapiestudien. Sie resümierten, dass kognitive Therapie, verhaltensbezogene Therapie und Stressmanagement zu Symptomverbesserungen bei Patienten mit Hypochondrie führen. Insgesamt sei die Studienlage jedoch unzureichend, was sich sowohl auf die Studienanzahl sowie auf die Probandenzahlen bezieht, um Aussagen über die vergleichende Wirksamkeit der Behandlungsansätze zu machen.

Thomson & Page, 2008

2.2.2 Zusätzliche Erkenntnisse aus Studien ohne Kontrollgruppen

Der Erfolg von verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlungen wurde bisher nur in unkontrollierten Studien überprüft. Stern & Fernandez (1991) behandelten eine sechsköpfige Gruppe über 9 Sitzungen und konnten u.a. eine Reduktion der Arztbesuche von durchschnittlich drei auf durchschnittlich eine im Monat erreichen. In der Untersuchung von Bleichhardt et al. (2005) erhielten 27 Patienten mit Hypochondrie, die zusätzlich deutlich unter multiplen unklaren Beschwerden litten, im Rahmen eines stationären verhaltensmedizinischen Aufenthaltes eine Gruppentherapie, die dem Programm von Rief & Hiller (► Kap. 2.1.4) entspricht. Hier zeigte sich im Ein-Jahres Follow-Up z. B. eine Verringerung der jährlichen Arztbesuche von durchschnittlich 58 auf 25, und in der FKG-Skala »Intoleranz körperlicher Beschwerden« fand sich eine Effektstärke von $d=0,81$. Auch in einer Klinik der Regelversorgung in Dänemark ließ sich durch das kognitiv-behaviorale Konzept von Salkovskis und Warwick, das etwa zur Hälfte als Einzel, zur Hälfte als Gruppentherapie durchgeführt wurde, signifikante Verbesserungen von Krankheitsangst, allgemeiner Ängstlichkeit und Depressivität erreichen (Wattar et al., 2005).

Gruppentherapie

In einer kleinen spanischen Studie, bei der ebenfalls das Konzept von Salkovskis und Warwick zur Anwendung kam, fanden sich signifikante Verminderungen in allen Kellnerschen IAS-Unterskalen (► Kap. 1.3.3) von Behandlungsbeginn bis zum 6-Monats Follow-Up, die Effektstärken liegen zumeist über einer Standardabweichung. Es wird angegeben, dass 75% der Patienten eine nennenswerte Verbesserung hypochondrischer Einstellungen zeigten.

Psychoedukative Ansätze

Dass auch reine Psychoedukation dauerhafte Erfolge bringen kann, fanden zwei niederländische Studien (Bauman, 2002; Buwalda et al., 2006). Beide Studien beinhalteten eine kognitiv-behaviorale Psychoedukation, die signifikante Erfolge erbrachten, z. B. haben im halben Jahr nach der Intervention nur noch die Hälfte der Patienten den Allgemeinarzt aufgesucht. Psychoedukative Ansätze zeigen sich insbesondere bei weniger ausgeprägten hypochondrischen Ängsten effektiv (vgl. Taylor et al., 2005).

Hiller et al. (2003) gingen der Frage nach, welche Patientenmerkmale den Therapieerfolg einer stationären verhaltensmedizinischen Behandlung vorhersagen können. Insgesamt wurde bei 60% ein Therapieerfolg festgestellt. Diese Patienten waren insgesamt durch eine geringere Krankheitsausprägung gekennzeichnet, so hatten sie zu Therapiebeginn niedrigere hypochondrische und allgemeine psychopathologische Kennwerte sowie ein geringeres medizinisches Inanspruchnahmeverhalten.

Z Bisherige Studien belegen einheitlich den Erfolg der kognitiven Verhaltenstherapie bei Hypochondrie. Bis auf das verhältnismäßig neue expositionsorientierte Programm von Furer, für das in Kürze eine Therapiestudie publiziert wird, finden sich Belege für alle unter 2.1 vorgestellten Therapieprogramme. Dabei sind die Programme sehr unterschiedlich lang, aber auch ein Therapieprogramm über nur sechs Sitzungen zeigte Erfolg. Einheitlich lässt sich eine Verminderung der Krankheitsangst sowie störungsspezifischer Kognitionen, eine Reduktion der Arztbesuche, aber auch der allgemeinen Ängstlichkeit und der Depressivität erreichen. Auch in Ein-Jahres-Katamnesen bleiben die Erfolge der Behandlungen stabil. Dabei liegen die Erfolgsraten, sofern dokumentiert, bei rund 55-75%. Welche Interventionen besonders geeignet sind, lässt sich durch den gegenwärtigen Forschungsstand nicht belegen. Am besten untersucht wurde das Therapieprogramm von Salkovskis und Warwick (► Kap. 2.1.3). Einzelne Untersuchungen zeigen, dass eine expositionsorientierte Therapie und eine kognitive Therapie vergleichbare Erfolge zeigen, und auch behaviorales Stressmanagementtraining sowie reine Psychoedukation wirksam sind.

Manualisierte Einzeltherapie

3.1 Einführung – 64

- 3.1.1 Therapiemotivation – 64
- 3.1.2 Erläuterung zur Struktur des Manuals – 68
- 3.1.3 Erstgespräch – 70
- 3.1.4 Therapieeingangsphase – 73

3.2 Informationsvermittlung und kognitiver Schwerpunkt – 81

- 3.2.1 Aufmerksamkeit – 82
- 3.2.2 Stress und Entspannung – 96
- 3.2.3 Weitere Auslöser von körperlichen Symptomen – 108
- 3.2.4 Kognitive Umstrukturierung – 112

3.3 Verhaltensorientierter Schwerpunkt – 124

- 3.3.1 Body Checking (Körper kontrollieren) – 124
- 3.3.2 Rückversicherung bei Ärzten – 128
- 3.3.3 Rückversicherung allgemein – 133
- 3.3.4 Vermeidung – 134
- 3.3.5 Vermittlung der Reizexposition – 136
- 3.3.6 Durchführung der Expositionen – 142

3.4 Weitere Therapie und Therapieabschluss – 154

- 3.4.1 Ergänzende Therapiebausteine – 155
- 3.4.2 Komorbidität – 160
- 3.4.3 Pharmakotherapie – 160
- 3.4.4 Abschluss der Behandlung – 162

Dieses Kapitel stellt das eigentliche Manual dar. Es ist vom Umfang her so konzipiert, dass eine ambulante Kurzzeittherapie mit 25 therapeutischen Sitzungen üblicherweise dafür ausreicht. Das Kapitel umfasst vier Teile:

- Eingangs werden bei Therapiebeginn wichtige Aspekte, ein Überblick über den Kernteil des Manuals und die wichtigsten Aspekte für Erstgespräch und weitere Eingangsphase dargestellt.
- ► Kap. 3.2 erläutert die erste Hälfte des Manual-Kernteils, wobei hier die wesentlichen Ziele Psychoedukation und die Vermittlung kognitiver Techniken sind.
- In der zweiten Hälfte des Manual-Kernteils ► Kap. 3.3 wird die Veränderung verschiedener Arten von sicherheitssuchendem Verhalten thematisiert.
- Der letzte Teil (► Kap. 3.4) gibt Hinweise zu möglichen, sinnvollen Ergänzungen der Therapie und stellt die Beendigung der Therapie dar.

3.1 Einführung

Bevor auf die Therapieeingangsphase (► Kap. 3.1.3 und 3.1.4) eingegangen wird, sollen verschiedene Aspekte der Therapiemotivation, ihre diagnostische Klärung sowie erste Möglichkeiten zur Steigerung der Therapiemotivation aufgezeigt werden (► Kap. 3.1.1). Danach wird die genauere Struktur des Manuals (► Kap. 3.1.3) erläutert.

3.1.1 Therapiemotivation

In Übereinstimmung mit Kanfer et al. (2004) und Rief & Hiller (2010) kommt dem Aufbau von Therapiemotivation vor allem in der ersten Behandlungsphase eine besondere Bedeutung zu und sollte auch Aufgabe der Psychotherapie sein. Voraussetzung beim Patienten ist zunächst jedoch eine gewisse Bereitschaft, sich dem Therapeuten gegenüber zu öffnen, die Termine wahrzunehmen und kleinere Hausaufgaben zu erledigen.

- ❗ Der Aufbau von Therapiemotivation wird als eine Aufgabe der Psychotherapie begriffen. Ein gewisses Maß an anfänglicher Mitarbeitsmotivation ist jedoch notwendige Bedingung für die Aufnahme einer Psychotherapie.

Therapiemotivation wird in Anlehnung an Kanfer et al. (2004) in folgende drei Aspekte eingeteilt (■ Abb. 3.1):

Motivierung ist Aufgabe der Therapie

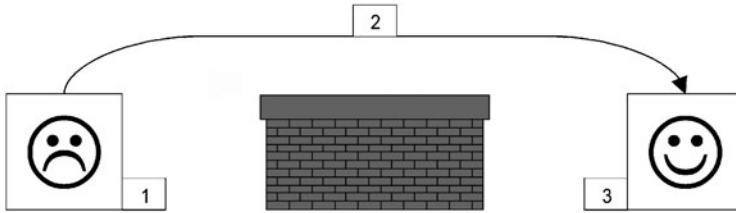


Abb. 3.1. Bestandteile der Therapiemotivation

1. Es muss durch die gegenwärtige Situation eine ausreichende Beeinträchtigung vorhanden sein, damit genügend Interesse besteht, diese zu verändern.
2. Der Patient muss eine Vorstellung davon haben, dass die Behandlung das Problem erfolgreich überwinden wird.
3. Der Zustand nach Überwindung des Problems muss für den Patienten positiv und erwünscht sein, und es sollten damit möglichst wenige unerwünschte Zustände verbunden sein.

Beeinträchtigung

Eine Behandlung der Krankheitsangst (vor allem die Verminderung des sicherheitssuchenden Verhaltens) erfordert z. T. Mut und Entschlusskraft der Patienten, da das über viele Jahre etablierte, evtl. auch »lieb gewonnene« Verhalten aufgegeben werden muss. Hier ist nur eine erfolgreiche Arbeit möglich, wenn die Patienten ausgeprägte Einschränkungen aufgrund ihrer Krankheitsängste erleben. Meistens ist diese Voraussetzung bei Betroffenen, die sich zu einer ambulanten Psychotherapie entschließen, gegeben. Im Folgenden finden sich typische Äußerungen hypochondrischer Patienten zu ihren Einschränkungen:

Beispiel

Äußerungen von Patienten zu ihrer Beeinträchtigung durch Krankheitsangst

»Die Ängste machen mich völlig fertig. An den meisten Tagen kann ich mich nicht genug auf meine Arbeit konzentrieren. Ich könnte viel besser sein, wenn nicht immer wieder diese Gedanken an den Krebs kämen.«

»Das Gefühl der Bedrohung zieht sich durch mein ganzes Leben. Kein Tag vergeht, an dem ich nicht daran denke, dass es bald vorbei sein könnte. Da macht nichts mehr Spaß, das können Sie sich bestimmt vorstellen. Am Wochenende ist es meistens noch schlimmer, weil ich mich zu Hause nicht so gut ablenken kann wie auf der Arbeit.«



»Ob meine Augen noch funktionieren, teste ich jeden Tag drei Mal: morgens, mittags und abends. Insgesamt brauche ich dafür knapp eine Stunde. Früher habe ich die Zeit mit Zeitung lesen oder meinen Kindern verbracht. Nach den Tests kann ich die nächsten Minuten erst einmal nichts lesen, weil alles vor meinen Augen verschwimmt.«

Therapie überwindet Problem

Dieser Aspekt der Therapiemotivation muss vor allem durch den Therapeuten vermittelt werden: Er trägt wesentlich dazu bei, ob der Patient die geplante Therapie als sinnvolle Methode zur Überwindung seines Problems ansieht. Hierzu sollte dem Patienten das therapeutische Vorgehen skizziert werden, wie es zum Beispiel im Therapiedialog »Heilung durch Gespräche« (s.u.) geschieht. Außerdem ist es in der Regel sinnvoll, den Patienten etwas über die Erfolgchancen der kognitiven Verhaltenstherapie zu sagen. Angaben dazu finden sich in den Kapiteln ► Kap. 3.2 und ► Kap. 6. Zudem sollte sich der Therapeut als vertrauenswürdiger und kompetenter Ansprechpartner für die Problematik zeigen. Hier helfen zunächst die therapeutischen Basiskompetenzen wie aktives Zuhören und Empathie, zudem sollte aber Kompetenz im Bereich der Krankheitsangst vermittelt werden, wie es z. B. durch folgende Äußerungen des Therapeuten geschieht.

Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz

Therapie & Dialog

Beispielhafte Therapeutenaussagen zur Vermittlung fachspezifischer Kompetenz

»Ich vermute, Sie denken manchmal auch während der Arbeit an Ihre Krankheitsangst. Und dann fällt es Ihnen schwer, konzentriert Ihrer Arbeit nachzugehen?«

»Viele Patienten mit Krankheitsangst erleben die Arztbesuche nach einiger Zeit als unangenehm. Ist das bei Ihnen auch der Fall?«

»Den meisten Patienten mit Krankheitsängsten, die hier behandelt wurden, geht es nach der Behandlung deutlich besser.«

Manchmal haben Patienten recht unrealistische Vorstellungen davon, was in einer Psychotherapie passiert. Eine der häufigsten ist, dass man über eine gewisse Zeit zu »Gesprächen« zu einem Therapeuten geht und sich das Problem dann aufgrund dieser Unterhaltung löst. Folgender Therapiedialog veranschaulicht den Umgang mit diesem Vorurteil:

Therapie & Dialog**Therapiegespräch zum Thema »Heilung durch Gespräche«**

Patient: Dann soll ich also einmal in der Woche für eine Stunde zu Ihnen kommen. Und wir reden dann miteinander. Und die Krankheitsangst geht dann durch die Gespräche weg?

Therapeut: Nur dadurch, dass Sie bei mir einmal wöchentlich vorbeikommen und wir uns dann unterhalten, wird sich nicht viel an Ihrer Krankheitsangst ändern. Wichtig ist, was Sie mit dem, was wir besprechen, letztendlich tun. Zum Beispiel werden wir in den Gesprächen versuchen, eine neue Haltung zur Krankheitsangst zu entwickeln und in einer anderen Art über die Krankheitsangst nachdenken. Das reicht aber nicht, wenn Sie das einmal in der Woche bei mir tun, sondern das sollte Sie jeden Tag auf die eine oder andere Weise beschäftigen.

Patient: Und das ist alles?

Therapeut: Nein, noch nicht. Vermutlich werden wir in unseren Gesprächen feststellen, dass sich bei Ihnen Verhaltensweisen eingeschlichen haben, die zwar kurzfristig die Krankheitsangst lindern, die aber langfristig nicht nützlich sind. Diese Verhaltensweisen müssen wir in unseren Gesprächen gemeinsam entdecken, und dann erarbeiten und üben, was Sie stattdessen tun können.

Überwindung des Problems ist positiv

Man könnte meinen, jeder Patient hat eine klare Vorstellung davon, dass ein Leben ohne Krankheitsangst sehr angenehm ist. Einigen Betroffenen ist diese Vorstellung aber auf dem langen Krankheitsweg »verloren gegangen«. Deswegen kann es zu Beginn der Therapie für die Förderung der Veränderungsmotivation von Vorteil sein, die Vorstellung von Bildern zu konkretisieren, die mit einer Überwindung der Krankheitsangst verbunden sein können. Mittels der folgenden Sätze kann eine erste Zielfindung vorgenommen werden. Zur Erarbeitung ausführlicher konkreter Vorstellungen findet sich im Abschnitt ► Kap. 3.1.5 eine Übung. Durch die Zielfindung soll zunächst überprüft werden, ob eine ausreichende Therapiemotivation für die Aufnahme einer Behandlung besteht.

Therapie & Dialog**Möglichkeiten der ersten Zielfindung**

Therapeut: Ich möchte Sie bitten, sich jetzt einmal etwas vorzustellen. Stellen Sie sich vor, Sie entschließen sich zu einer Behandlung. Und wir arbeiten gemeinsam intensiv daran, dass Sie die Krankheitsängste in den Griff bekommen und alles ganz so läuft, wie Sie



es sich wünschen. Jetzt drehen wir die Zeit in Gedanken ein Jahr weiter. Was hat sich geändert? Was hat sich an Ihnen geändert? Fällt Ihren Freunden/ihrem Mann/ihren Arbeitskollegen etwas an Ihnen auf?

oder

Therapeut: Wenn Sie sich für eine Behandlung der Krankheitsangst entschließen, heißt das auch, dass Sie Ihre Kraft und ein Stück Arbeit investieren, um die Krankheitsangst loszuwerden. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass es umso besser gelingt, etwas in die Therapie zu investieren, wenn man weiß, wofür es sich lohnt. Auch wenn die Frage für Sie wahrscheinlich zunächst komisch klingt, möchte ich Sie bitten, über eine Antwort nachzudenken: Wofür könnte es sich bei Ihnen besonders lohnen?

Erklärungen und Strategien werden schrittweise nacheinander bearbeitet

3.1.2 Erläuterung zur Struktur des Manuals

Im Gegensatz zur Behandlung von Angststörungen gibt es bei der Krankheitsangst mehrere gleichrangige Therapiestrategien. Wie in ► Kap. 2.2 deutlich wurde, sind sie kaum einzeln auf ihre Wirksamkeit überprüft worden, sondern immer in Kombination. Wir empfehlen mit unserem Manual ein schrittweises Vorgehen, das einzelne Erklärungen und Therapiestrategien nacheinander durchläuft. Dabei beginnen wir mit Elementen, die man grob zusammenfassend als kognitiv und psychoedukativ bezeichnen kann. Dieser Teil umfasst drei verschiedene Abschnitte, die sich mit Aufmerksamkeit, Stress und dysfunktionalen Kognitionen beschäftigen. Die zweite Hälfte des Manuals beschäftigt sich mit den verschiedenen Verhaltensweisen, die Krankheitsängstliche einsetzen, um kurzfristig Beruhigung zu erfahren, das so genannte sicherheitssuchende Verhalten. Zwar enthalten alle Abschnitte bereits einzelne, kleine Erklärungsmodelle, ein vollständiges Modell wird gemäß dieses Manuals jedoch erst am Ende der Behandlung dargestellt. Folgende Gründe sprechen unserer Ansicht nach für ein stufenweises Vorgehen:

- Man vermeidet eine Demotivation angesichts der Vielzahl an »Angriffspunkten« im Modell.
- Man verhindert es, dass einige Patienten intellektuell überfordert werden.
- Man kommt der Entwicklung von Reaktanz zuvor (»Ich soll also alles falsch gemacht haben?«).
- Man hat die Möglichkeit, die einzelnen Elemente mittels Verhaltensexperimenten erlebnisorientiert und »Schritt für Schritt« zu entwickeln.

Es ist nicht notwendig, sich an die im Manual zugrunde gelegte Reihenfolge zu halten. Sie wurde deshalb gewählt, weil die psychoedukativen Elemente Aufmerksamkeit und Stress für die Patienten plausible »Symptomverstärker« sind und die zugehörigen Bewältigungsstrategien (Aufmerksamkeitsumlenkung und Entspannungstraining) bereits bei den ersten Übungen kleinere, positive Wirkungen zeigen. Die verhaltenorientierte Therapie, in der die Patienten sich zu einer Aufgabe oder drastischen Reduktion des sicherheitssuchenden Verhaltens entschließen sollten, erfordert mehr Vertrauen in die Therapie und den Therapeuten.

**spätere Bausteine erfordern
mehr Vertrauen**

- Die Reihenfolge der therapeutischen Elemente dieses Manuals richtet sich vor allem danach, wie leicht die Elemente den Patienten vermittelt werden können. Einfachere Strategien mit schnelleren Erfolgen stehen dabei am Anfang.

■ Tab. 3.1 stellt die verschiedenen Therapiebausteine des Manuals zusammen. Entsprechend des erläuterten Vorgehens, in jeder Sitzung eine der vielen Erklärungen für die Krankheitsangst zu thematisieren, wird erst am Ende des Manualteils im Kapitel ► Kap. 3.3 ein Gesamterklärungsmodell eingeführt.

■ **Tab. 3.1.** Therapiebausteine des Manuals

Vermittlung des Erklärungsmodells	Ableitung des Therapierationals	Durchführung kognitiver o. behavioraler Veränderungen
Aufmerksamkeit verstärkt körperliche Symptome	Umlenkung der Aufmerksamkeit	Übungen zu externer und interner Aufmerksamkeitsumlenkung Genussübungen
Stress verstärkt körperliche Symptome	Stress vermindern	Entspannungstraining Stressoren erkennen und verändern
Bedrohliche, krankheitsbezogene, automatische Interpretationen sind zur Gewohnheit geworden	Erkennen dieser Interpretationen Veränderung der Interpretationen	Tagebücher Kognitive Umstrukturierung
Sicherheitssuchendes und vermeidendes Verhalten vermindert Ängste kurzfristig, hält langfristig aber Problematik aufrecht	Sicherheitssuchendes Verhalten unterlassen oder reduzieren	Impulsen mittels kognitiver Umstrukturierung, Aufmerksamkeitsumlenkung begegnen Exposition mit Verhinderung des sicherheitssuchenden Verhaltens
Ängste haben mehr Raum bei negativen Gefühlen, fehlenden positiven Erlebnissen	Positive Erlebnisse bewusst machen und steigern	Planung und Durchführung positiver Aktivitäten

Patienten kommen auf Anraten anderer

3.1.3 Erstgespräch

Bevor sich Patienten mit Hypochondrie zu einer psychotherapeutischen Behandlung entscheiden, haben sie in der Regel einen jahrelangen Leidensweg hinter sich. Den Behandlungsschwerpunkt an der Universität Mainz suchen die Betroffenen durchschnittlich zehn Jahre nach Ersterkrankung auf. Viele der Patienten berichten, bereits lange mit dem Gedanken an eine Therapie gespielt zu haben, und sich nun schließlich auf Anraten des Ehepartners oder einer Freundin an uns zu wenden. Einige kommen, weil ihnen der Arzt dies geraten hat. Viele Patienten haben nur sehr unkonkrete Vorstellungen davon, was in einer Psychotherapie passiert.

Das wesentliche Ziel des Erstgesprächs mit einem krankheitsängstlichen Patienten ist die wechselseitige Entscheidung von Patient und Therapeut, ob eine Behandlung zielführend ist. Implizit stellen sich Patient und Therapeut folgende Fragen, auch wenn sie diese selten alle direkt äußern:

Therapie & Dialog

Implizite Fragen von Patienten und Therapeuten im Erstgespräch

Fragen des Patienten:

- Ist der Behandler für mich geeignet?
- Was passiert denn überhaupt in einer Therapie?
- Ist das Therapiekonzept sinnvoll und für mich geeignet?
- Wie sicher hilft mir diese Therapie?
- Wie geht es jemandem, bei dem die Therapie Erfolg hatte – kaum verändert oder völlig geheilt?
- Wie oft treffen wir uns für wie lange?
- Wie lange dauert eine Therapie?
- Muss ich die Behandlung selbst zahlen?

Fragen des Therapeuten:

- Liegt diagnostisch eine Hypochondrie vor?
- Besteht ausreichende Behandlungsmotivation der Krankheitsangst?
- Welche aufrechterhaltenden Bedingungen sind bei diesem Patienten relevant?
- Möchte ich diesen Patienten behandeln?
- Liegen komorbide Störungen oder Persönlichkeitsakzentuierungen vor?
- Ist die Finanzierung der Behandlung durch die Krankenversicherung wahrscheinlich?



- Welche Informationen muss ich diesem Patienten geben, damit er sich gut für oder gegen die Durchführung einer Therapie entscheiden kann?

Da Patienten die wenigsten ihrer impliziten Fragen tatsächlich stellen, sollte der Therapeut von sich aus dazu Informationen liefern. Neben dem, was zum allgemeinen Vorgehen in Erstgesprächen sinnvoll und üblich ist, kommt es auf eine Motivationsklärung und -stärkung des Patienten an, wie sie bereits im ► Kap. 3.1.1 erklärt wurden. Folgendes Beispiel dient zur Erläuterung des Vorgehens der kognitiven Verhaltenstherapie bei Krankheitsangst.

Beispiel

Vorstellung der kognitiven Verhaltenstherapie

Therapeut: Die Therapie, die hier durchgeführt wird, nennt sich kognitive Verhaltenstherapie. Dieser Begriff bezeichnet schon grob die beiden Säulen der Therapie: Kognitionen (= Gedanken) und konkrete Verhaltensweisen. Das Besondere im Fall der Krankheitsangst ist, dass die Gedanken in der Regel bestimmte Körperempfindungen – das ist bei Ihnen der Schwindel – mit bestimmten Krankheiten – in Ihrem Fall der Gehirntumor – verknüpfen. Gemeinsam werden wir deshalb zum Beispiel schauen, ob es bei Ihnen auch andere Erklärungen für Schwindel gibt und darauf abzielen, dass Sie sich immer mehr mit Gedanken vertraut machen, die weniger Angst machen. Die zweite Säule, das Verhalten, bezieht sich auf verschiedene Verhaltensweisen, die Krankheitsängstliche einsetzen, um sich kurzfristig zu beruhigen. Einige von diesen Verhaltensweisen führen leider dazu, dass sie langfristig die Krankheitsangst eher noch verstärken. Deshalb werden wir in der Therapie auch danach schauen, welche Verhaltensweisen auch langfristig günstig sind und welche nicht. Dann werden wir gemeinsam überlegen, ob Sie die Verhaltensweisen ändern können und was Sie stattdessen tun können. Haben Sie Fragen dazu?

Außerdem gibt es noch ein paar allgemeine Merkmale der kognitiven Verhaltenstherapie. Eins davon ist, dass wir vor allem im Hier und Jetzt ansetzen werden. Das heißt, dass wir uns zum Beispiel die Situationen der letzten Tage und Wochen anschauen werden, an denen die Krankheitsängste besonders schlimm gewesen sind, was Sie dort genau gedacht und gefühlt und wie Sie sich verhalten haben. Außerdem ist Verhaltenstherapie eine recht aktive Therapie: Es ist eigentlich nicht damit getan, dass Sie einmal in der Woche für eine Stunde bei mir sind, sondern sich möglichst täglich mit dem auseinandersetzen, was wir



Begriff der kognitiven Verhaltenstherapie

besprochen haben und zwischendurch auch bestimmte Übungen machen, die wir dann jeweils vereinbaren werden. Zum Beispiel werde ich Ihnen beim nächsten Mal ein Protokoll geben, in dem Sie immer, wenn die Angst besonders schlimm ist, eintragen, wo Sie gerade sind, was Ihnen durch den Kopf geht und was Sie dann tun. Damit können wir danach dann weiter arbeiten, wenn es um Ihre bestimmten Gedanken und Verhaltensweisen geht. Haben Sie Fragen?

Viele der impliziten Fragen des Therapeuten müssen im Erstgespräch durch genauere Fragen geklärt werden. Im Folgenden findet sich eine Checkliste für den Therapeuten im Erstgespräch.

➤ Folgendes sollte im Erstgespräch mit einem krankheitsängstlichen Patienten erfragt werden:

In jedem Fall:

- Unter welcher Krankheit / welchen Krankheiten befürchten Sie zu leiden?
- Welche Zeichen sehen Sie dafür, dass Sie die Krankheit haben könnten? Welche körperlichen Symptome treten bei Ihnen als potentielle Krankheitszeichen auf?
- Wann hatten Sie das erste Mal Angst, eine schlimme Krankheit zu haben?
- Haben Sie die befürchteten Krankheiten medizinisch überprüfen lassen? Wenn ja: Was hat Ihnen der Arzt gesagt? Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Wenn möglich:

- Hatten Sie schon einmal eine schlimme Krankheit? Besteht aktuell eine Krankheit oder ein erhöhtes Krankheitsrisiko?
- Waren Sie in einer besonderen Lebenssituation, als die Krankheitsangst erstmalig auftrat? Können Sie sich erklären, warum die Krankheitsangst damals angefangen hat?
- Gibt es Selbsttests, die Sie an sich durchführen, um Krankheitszeichen zu überprüfen?
- Gibt es Orte oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, weil sie Sie an Krankheit erinnern?
- Gibt es Menschen, die Sie beruhigen können, wenn Sie sich sehr ängstlich fühlen?
- In welchen Situationen/zu welchen Zeiten ist die Krankheitsangst besonders schlimm?
- Wie oft waren Sie in den letzten drei Monaten beim Arzt? Wie viel verschiedene Ärzte waren das?
- Gab es bereits andere Krankheiten, die Sie befürchteten zu haben?

Einige Patienten scheuen sich zu Beginn, den Namen der befürchteten Krankheit auszusprechen. Sie äußern beispielsweise eher: »Und wenn ich solche Schmerzen habe, denke ich, dass das etwas Schlimmes sein muss.« Vermutlich ist in diesen Fällen bereits das Aussprechen des Krankheitsnamens mit Angst verbunden und wird deshalb vermieden. Es ist jedoch sinnvoll, bereits im ersten persönlichen Kontakt die befürchtete Krankheit so genau wie möglich festzuhalten (»Wenn Sie »etwas Schlimmes« sagen, meinen Sie bestimmt eine schlimme Krankheit – welche?«, »Wo befürchten Sie Krebs zu haben?«, »Welche Herzkrankheit denken Sie zu haben?«). Dies ist nicht nur therapeutisch sinnvoll, sondern kann auch wichtig sein, um sich ggf. bis zum nächsten Gespräch grundlegende Informationen zum Krankheitsbild anzulesen. Wenn immer es möglich ist, sollte eine Kooperation mit dem hauptbehandelnden Organmediziner aufgebaut werden, weshalb es sich bereits im Erstgespräch empfiehlt, eine Schweigepflichtsentscheidung gegenüber dem Arzt vom Patienten einzuholen. Die Erläuterung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts schafft bei den Patienten häufig zusätzliche Vertrauen.

❗ Es ist nicht notwendig, sich als Psychotherapeut zu einem medizinischen Fachmann für die befürchtete Krankheit des Patienten zu machen. Dennoch ist es ratsam, typische Symptome und Frühwarnzeichen zu kennen sowie grundlegende Kenntnisse über übliche Diagnosemethoden und den typischen Verlauf der Erkrankung zu haben. Informationen findet man in der entsprechenden medizinischen Literatur oder ggf. in den Internet-Portalen, die auch die krankheitsängstlichen Patienten im Rahmen des sicherheitssuchenden Verhaltens nutzen (z. B. <http://www.netdoktor.de>). Dies trägt dazu bei, die Ängste der Patienten und ihre Verhaltensweisen besser einschätzen zu können. Weiterhin ermöglicht es, Funktionalität und Dysfunktionalität der Verhaltensweisen und Gedanken zu erkennen. So können ggf. Missverständnisse (z. B. »Krebs führt früher oder später immer zum Tod«) ausgeräumt werden. Dabei sollte man aber stets betonen, dass der Patient sowie seine Ärzte die Experten für die befürchtete Erkrankung bleiben.

Aussprechen der Krankheit ist angstbesetzt

Kooperation mit dem medizinischen Hauptbehandler

3.1.4 Therapieeingangsphase

Kooperation mit dem Hausarzt

Da Krankheitsangst in der Regel über viele Jahre hinweg deutlich enger mit den behandelnden Organmediziner als mit dem Psychotherapeuten verknüpft war, ist eine Kooperation mit dem Hauptbehandler bzw. Hausarzt der Patienten wichtig. (In Folge wird der Begriff Hausarzt verwendet, auch wenn hypochondrische Patienten oft Internisten oder andere Fachärzte zum Hauptbehandler wählen.) Meist sind die Patien-

ten froh und dankbar, wenn man sie um eine Schweigepflichtsentbindung für den Arzt bittet, da sie sich verantwortungsvoll behandelt fühlen. Um Kooperation zu fördern und Transparenz zu zeigen, empfehlen wir zudem die Versendung eines kurzen Briefes an den Hausarzt, sowie ggf. noch an den Arzt, der die Psychotherapie empfohlen hat. Der folgende Abschnitt zeigt den Text eines typischen Arztbriefes nach dem Erstgespräch. Hat der Patient mehrere Hauptbehandler, sollte der Patient einen Arzt seines Vertrauens wählen, an den das Schreiben geht. Sofern der Patient einverstanden ist, kann das Anschreiben dann nachrichtlich auch an die anderen Ärzte versendet werden.

- Patient Hans Müller, geb. am 02.04.1946, wohnhaft: In der Schlucht 1, 55134 Mainz
 Sehr geehrter Herr Doktor Schmidt,
 ich danke Ihnen für die Überweisung des o.g. Patienten, der sich am 03.07.2007 bei mir zu einem Erstgespräch vorgestellt hat. Diagnostisch handelt es sich um eine
- Hypochondrie (ICD-10 F 45.2; DSM-IV 300.7).

Der Patient leidet seit etwa sieben Jahren unter ausgeprägten Ängsten, Magen- und Bauchspeicheldrüsenkrebs zu haben. Häufig auftretende Schmerzen in der oberen und unteren Bauchregion sowie mehrmals tägliches Aufstoßen sieht er als Krankheitszeichen. Wiederholte umfassende medizinische Untersuchungen erbrachten keinen Krankheitsbefund.

Ich habe dem Patienten einen Therapieplatz angeboten. Vorrangige Therapieziele werden die Bewältigung der Krankheitsangst durch die Entwicklung alternativer Erklärungen für die Krankheitssymptome, die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Krankheitsinterpretationen sowie die Verminderung des Rückversicherungsverhaltens sein.

Über den weiteren Verlauf der Behandlung werde ich Sie, das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, gern informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Begriffsklärung Hypochondrie und Krankheitsangst

Im Umgang mit Patienten empfiehlt es sich, den Begriff der Krankheitsangst zu verwenden. Dieser Name drückt recht treffend aus, worunter die Patienten leiden. Den meisten Patienten, die sich für eine Behandlung entscheiden, ist zudem der Begriff für die dahinter stehende psychische Störung Hypochondrie bekannt. Die Mehrzahl davon hat jedoch keinen positiven Bezug zu diesem Wort, da dieses oft falsch verwendet wird und zahlreiche Vorurteile damit verknüpft sind. Folgender Text kann zu einer Klärung des Begriffs Hypochondrie dienen:

Therapie & Dialog**Formulierungsvorschlag zur Begriffserklärung Hypochondrie**

Therapeut: Vielleicht haben Sie statt dem Begriff Krankheitsangst schon einmal ein anderes Wort gehört für das, worunter Sie leiden?

Patient: Weiß nicht... Meinen Sie Hypochondrie?

Therapeut: Ja, genau. Viele Menschen verwenden dafür den Begriff Hypochondrie. Dieses Wort ist für die meisten Patienten mit Krankheitsangst unangenehm, weil das Wort von ganz vielen Menschen falsch verstanden wird oder man damit Dinge verknüpft, die meistens nicht stimmen. Kennen Sie solche Vorurteile?

Patient: Ja, klar, das sind die, die so gerne krank spielen. Oder so viel jammern.

(Im Folgenden wird gesammelt, dass Menschen mit Hypochondrie häufig als Simulanten, Jammerer, Wehleidige abgestempelt werden.)

Therapeut: Wenn man aber genau bleibt, dann ist das Wort Hypochondrie eigentlich nichts davon. Es wurde etwa im 4. Jahrhundert v. Chr. vom Wort »hippochondrium« abgeleitet. Hippochondrium ist der obere Bereich des Bauches, etwa dort, wo sich die Organe Leber, Galle und Milz befinden. Wenn man heute in medizinische oder psychologische Bücher schaut, die Hypochondrie definieren, dann steht dort in etwa »Angst oder Überzeugung, eine ernste Krankheit zu haben, die seit mindestens einem halben Jahr besteht.« Das meint nichts anderes als das, was wir hier als Krankheitsangst bezeichnen.

Patient: Ach so, dann ist das ja gar nicht so schlimm.

Therapeut: Ja, genau. Wir werden hier weiterhin den Begriff »Krankheitsangst« verwenden. Er drückt klarer aus, was gemeint ist und gilt auch unter Wissenschaftlern als die modernere Bezeichnung.

Patient: Das Wort »Krankheitsangst« finde ich auch besser.

(Bei besonders schlechten Erfahrungen mit dem Begriff »Hypochondrie« können Therapeut und Patient auch gemeinsam die Kriterien nach DSM-IV durchgehen.)

➤ ▶ Arbeitsblatt 1 »Die Begriffe Krankheitsangst und Hypochondrie«

▶ Arbeitsblatt 1 erläutert die beiden Begriffe und listet die wesentlichen diagnostischen Kriterien der Hypochondrie in verständlicher Form auf.

Verhaltensanalyse

Aus vielen Gründen bietet sich in einer der ersten Sitzungen nach dem Erstgespräch die Erstellung einer Verhaltensanalyse auf der Mikroebene an: Sie liefert dem Therapeuten wesentliche Informationen zu aufrecht-

erhaltenden Faktoren der Krankheitsangst, ist Teil des dem Patienten vermittelbaren Erklärungsmodells und ist zudem ein wichtiger Bestandteil eines Gutachtens an die Krankenkasse.

Fallbeispiel einer Verhaltensanalyse

Frau Becker weist ausgeprägte Krankheitsängste auf.

S:

Am Arbeitsplatz erfährt sie von Kollegen, dass eine Kollegin an Krebs erkrankt ist.

O:

Hohe allgemeine Ängstlichkeit seit der Kindheit

Plötzliche Konfrontation mit dem Tod der Großmutter vor vier Jahren, ohne dass vorher eine Erkrankung bekannt war.

Mangelndes Selbstvertrauen in eigene Coping-Strategien, nachdem die Patientin vor zwei Jahren beim ersten Anlauf durch eine Diplomprüfung gefallen war.

R:

kognitiv: »Alles kann sich von einem auf den anderen Moment ändern.« »Mir würde die Kraft fehlen, mit einer Krebserkrankung umzugehen.« »Meine Leberflecken haben sich verändert, vielleicht ist es doch Krebs.«

physiologisch: innere Anspannung, leichte Übelkeit

emotional: Angst, Verzweiflung, Hilflosigkeit

motorisch-behavioral: Frau Becker bittet die Mutter und den Ehemann, sich ihre Leberflecken anzuschauen. Sie vereinbart einen Arzttermin. Selbst schaut sie die Leberflecken nicht an aus Angst, dass diese sich bereits wieder verändert haben.

C: kurzfristige Beruhigung durch Mutter und Ehemann am gleichen Tag, durch den Arzt bzw. die medizinische Untersuchung drei Tage später.

☞: Langfristig ist Frau Becker nicht mehr in der Lage, ihre Ängste allein zu regulieren, sie erlebt die Ängste als unkontrollierbar. Immer kleinere oder vermeintliche Veränderungen werden als mögliches Krankheitszeichen gesehen. Ohne den Arzt schafft sie es nicht mehr, bedrohliche von harmlosen Körpersymptomen zu unterscheiden. Durch die Vermeidung der eigenen Betrachtung von Haut und Leberflecken nimmt sie sich die Möglichkeit, fehlende Veränderungen festzustellen. Das Verhalten und Erleben kreist immer stärker um das Thema Krebs.

negative Verstärker

Zieldefinition

Bereits im Abschnitt ► Kap. 3.1.1 wurde die Wichtigkeit von Zielen betont. Es befinden sich dort zwei Formulierungsvorschläge, wie man einen ersten Eindruck von den Zielen der Patienten erhält, um zu klären,

ob die Therapiemotivation für den Beginn einer Psychotherapie ausreicht.

In den ersten Sitzungen nach dem Erstgespräch ist es außerdem hilfreich, sich gemeinsam mit dem Patienten noch einmal ausführlicher und transparenter mit der Zieldefinition zu beschäftigen. Folgende Formulierungen erläutern die Bedeutsamkeit der Zieldefinition am Beginn einer Psychotherapie:

Therapie & Dialog

Formulierungsvorschlag zur Erläuterung der Zieldefinition

Sie haben sich für eine psychotherapeutische Behandlung der Krankheitsangst entschieden. Das heißt, Sie sind an einem Punkt angelangt, an dem Sie die Ängste nicht mehr ertragen, sondern aktiv etwas dagegen tun möchten. Dass Sie wissen, was Sie in Ihrem Leben loswerden möchten, wovon Sie sich befreien möchten, ist ein bedeutsamer Schritt. Dabei ist es nicht nur wichtig zu wissen, wovon man »weg will«, sondern auch, wohin man stattdessen möchte. Das hat folgenden Grund: Wenn Sie sich dauerhaft von der Krankheitsangst befreien möchten, kostet dies in den allermeisten Fällen auch ein gutes Stück persönlichen Einsatz und Kraft. Es ist viel leichter, Anstrengung auf sich zu nehmen, wenn man weiß, wofür es sich lohnt. Deshalb sollten wir gemeinsam überlegen, welche Ziele Sie sich setzen können. Diese Ziele sollten positiv sein, d.h. sie sollten Zustände, Aktivitäten o.ä. beschreiben, die Sie haben wollen - und nicht etwas, was sie nicht haben wollen. Die Ziele sollten außerdem überprüfbar sein, d.h., Ihnen sollte direkt bewusst sein, wenn Sie das Ziel erreicht haben. Und zu guter Letzt sollten Sie sich Ihre Ziele auch so stecken, dass Sie sie erreichen können.

positiv, überprüfbar und erreichbar

Danach kann erläutert werden, dass kurz-, mittel- und langfristige Ziele gleichermaßen wichtig sind. Erstere helfen den Patienten zu überprüfen, ob sie »auf dem richtigen Kurs« sind. Sie motivieren für die Fortsetzung des Eigenengagements. Langfristige Ziele haben größere positive Wirkung und helfen dem Menschen, sich immer wieder entsprechend seiner Lebensziele zu orientieren.

kurz-, mittel- und langfristige Ziele

Es gibt eine Vielzahl möglicher Fragen und Phantasie Reisen, die die Exploration von Zielen erleichtern können. Eine empfehlenswerte Zusammenstellung findet sich im Abschnitt »Ziel- und Wertklärung« in Kanfer et al. (2004). Für zwei dieser Übungen finden sich im Folgenden je einen von uns entwickelten Formulierungsvorschlag:

Therapie & Dialog**Zieldefinition mittels der Drei-Jahres-Frage
(nach Kanfer et al., 2004)**

Ich möchte mit Ihnen eine kleine Vorstellungsübung machen. Dabei setzen Sie sich ruhig und entspannt hin. Wenn es Ihnen möglich ist, schließen Sie die Augen. Vielleicht gelingt es Ihnen, ihre Gedanken und Gefühle gleich ein wenig umherschweifen zu lassen. Stellen Sie sich vor, die nächsten drei Jahre verlaufen ganz so, wie Sie es sich wünschen. Stellen Sie sich vor, die Therapie verläuft so, wie Sie es sich erträumen. Und auch alle anderen Dinge in Ihrem Leben laufen genau so, wie Sie es sich am meisten wünschen. Auch Dinge, die Sie nur gehofft oder geträumt haben, können bei dieser Übung in Ihrer Vorstellung in Erfüllung gehen. Drehen Sie die Zeit in Gedanken jetzt drei Jahre weiter. Stellen Sie sich vor, ich treffe Sie dann zufällig einmal wieder und Sie haben ein bisschen Zeit, mir zu erzählen, wie Ihr Leben jetzt aussieht. Wo würde ich Sie antreffen? Was würden Sie gerade tun? Welchen Gesichtsausdruck haben Sie? Wo würden Sie leben? Wie verbringen Sie Ihren Alltag? Was machen Sie in Ihrer freien Zeit? Mit welchen Menschen umgeben Sie sich?

Therapie & Dialog**Zieldefinition mittels der Guten-Fee-Übung
(nach Kanfer et al., 2004)**

Ich möchte mit Ihnen nun eine kleine Vorstellungsübung machen. Dabei setzen Sie sich ruhig und entspannt hin. Wenn es Ihnen möglich ist, schließen Sie die Augen. Ich werde Sie gleich etwas Ungeöhnliches fragen, etwas, das es in der Wirklichkeit nicht gibt. Aber vielleicht gelingt es Ihnen trotzdem, sich auf diese Vorstellung einzulassen. Denn diese Vorstellung kann Ihnen auch im wirklichen Leben helfen. Stellen Sie sich vor, Sie begegnen einer Guten Fee. Die Fee kann tatsächlich Wünsche erfüllen, und da Sie ihr sympathisch sind, bietet sie Ihnen an, Ihnen Ihre drei größten Wünsche zu erfüllen. Die Fee kann wirklich sehr gut zaubern und Wünsche erfüllen, nur leider ist sie nicht sehr schlau. Das heißt, dass Sie ihr nicht nur genau beschreiben müssen, was sie Ihnen wegzaubern soll, sondern auch, was Sie stattdessen »hinzaubern« soll. Beschreiben Sie der Fee nun so genau wie Sie können ihren ersten Wunsch... ihren zweiten Wunsch ... ihren letzten Wunsch.

Die vom Patienten durch zielleitende Fragen oder eine der o.g. Übungen entwickelten kurz-, mittel- und langfristigen Ziele können dann auf dem
► Arbeitsblatt 2 »Meine persönlichen Ziele« eingetragen werden.

➤ ▶ Arbeitsblatt 2 »Meine persönlichen Ziele«

Individuelles Krankheitsmodell und Entstehungsbedingungen

Im Rahmen dieses Behandlungsmanuals wird das Erklärungsmodell für die Krankheitsangst nach und nach gemeinsam entwickelt (▶ Kap. 3.1.3). Dabei ist es günstig, wenn dem Therapeuten das persönliche Erklärungsmodell des Patienten, sofern vorhanden, bekannt ist, damit er die Begründungen des Patienten in seine Erläuterungen einbauen kann. Auf die Frage, warum sie denken, dass sie die Krankheitsangst entwickelt haben, reagieren viele Patienten unsicher. Aufgrund eines eher tiefenpsychologisch geprägten Allgemeinwissens über Klinische Psychologie trifft man häufig auf die Meinung, dass die Hypochondrie durch einen einzelnen, unbewussten Konflikt entsteht. Häufig haben Patienten die Vorstellung, dass irgendwann in ihrer Vergangenheit eine Art »Schalter« umgelegt wurde und danach die Neigung zur Krankheitsangst da war. Erst wenn solche Vorstellungen geäußert worden sind, können Alternativen erklärt werden: Es sollte vermittelt werden, dass zumeist eine Vielzahl von Faktoren dazu führt, ob jemand mehr oder weniger krankheitsängstlich ist. Hilfreich hierbei ist das Kontinuumsmodell der Krankheitsangst (■ Abb. in ▶ Kap. 1.2.3). Im nächsten Schritt sollten gemeinsam mögliche Entstehungsbedingungen gesammelt werden. Eine Zusammenstellung empirisch belegter ätiologischer Größen findet sich in ▶ Kap. 1.5.1. Prinzipiell ist eine Fülle möglicher Entstehungsbedingungen denkbar. Typische, von Patienten zusammengetragene Äußerungen zu ihren Risikofaktoren finden sich in der folgenden Aufstellung.

Zusammenwirken vieler Faktoren

Mögliche Entstehungsbedingungen für Krankheitsangst

- Erziehung zur Ängstlichkeit
- Erfahrungen mit schlimmen Krankheiten in Familie oder Freundeskreis
- wenig Vertrauen in Ärzte / negative Erfahrungen mit Ärzten
- geringes Selbstbewusstsein
- genetische Veranlagung
- Einfluss der Medien
- hohes Bedürfnis nach Sicherheit (gesund zu sein)
- fehlende Fähigkeit zur Verdrängung (von Erkrankungsrisiken)

Krankheitsangst-Protokoll

Aus vielerlei Gründen empfiehlt es sich, dem krankheitsängstlichen Patienten ein Krankheitsangst-Protokoll auszuhändigen und ihn zu bitten, dies für die folgenden Wochen zu führen: Es dient dazu, typische Situa-

tionen zu identifizieren, in denen Krankheitsängste auftreten. Es veranschaulicht, welche Körpersymptome und welche Kognitionen bei dem Patienten vorliegen. Weiterhin können aufrechterhaltende Bedingungen festgestellt werden. Zusätzlich hilft die Auseinandersetzung mit dem Protokoll, Gedanken an die schlimme Krankheit nicht mehr als automatisch und »wie von selbst kommend« zu betrachten. Stattdessen fördert die Aufgabe die bewusste Wahrnehmung der Gedanken und erhöht das Kontrollempfinden. Die Protokollierung sollte in der Anfangsphase der Therapie liegen. Der Therapeut sollte sich einige Wochen die relevanten Situationen und Ängste des Patienten schildern lassen.

► Arbeitsblatt 3 »Krankheitsangst-Protokoll«.

Das verwendete Protokoll ist in die Spalten »Datum und Zeit«, »Name der Krankheit«, »Körpersymptome«, »Situation«, »Angstthermometer« und »Handlung, als die Ängste auftraten« unterteilt. Patienten sollen dieses Protokoll wenn möglich stets mit sich führen und so zeitnah wie möglich das Auftreten von Gedanken an die befürchteten Krankheiten eintragen. Bei denjenigen Patienten, die beschreiben, »fast ständig« an Krankheit denken zu müssen, sollen nur diejenigen Gedanken, die mit größeren Ängsten verbunden waren, eingetragen werden.

Den Patienten sollte Sinn und Zweck des Protokolls plausibel gemacht werden, und danach kann man eine Beispielsituation zusammen eintragen. In den folgenden Sitzungen sollte das Protokoll gemeinsam angeschaut und Erkenntnisse daraus zusammengetragen werden. Dies trägt maßgeblich zur Compliance hinsichtlich des Ausfüllens bei. Folgender Text bietet eine Formulierungshilfe für die Einführung des Protokolls:

Therapie & Dialog

Einführung des Krankheitsangst-Protokolls

Um die Krankheitsängste langfristig zu verändern, ist es zunächst wichtig, die Beschwerden, Ängste, Gedanken und Umstände, in denen sie auftreten, genau zu beobachten. Erst wenn man weiß, wie die Krankheitsängste bei Ihnen genau aussehen und ausgelöst werden, kann man sie auch gut behandeln. Aus diesem Grund möchte ich Sie dazu anregen, in den nächsten drei Wochen ein Protokoll zu führen. Aus diesem Protokoll können Sie und ich Informationen erhalten, ob die Ängste und Beschwerden immer gleich sind oder ob sie sich verändern, und ob es Einflussbedingungen auf die Ängste und Beschwerden gibt. Ich bin gespannt, was Sie dann in die Spalten eingetragen haben, wenn wir es uns in der nächsten Sitzung gemeinsam anschauen.

3.2 Informationsvermittlung und kognitiver Schwerpunkt

Da die allermeisten krankheitsängstlichen Patienten körperliche Symptome als Hauptargumente für ihre Krankheitsüberzeugungen anführen, ist es ein zentrales Ziel der Therapie, alternative Erklärungen für körperliche Empfindungen zur Verfügung zu stellen. Auch Faktoren wie Stress, negative Bewertungen oder Aufmerksamkeitsfokussierung auf körperliche Symptome sollen zukünftig von den Patienten als Erklärungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Auf diese Weise soll sich bei ihnen ein psychophysiologisches Denken etablieren, das die katastrophisierenden Bewertungen nach und nach ablöst. Dieses »neue« psychophysiologische Denken ist in der Behandlung von großer Bedeutung und bildet die Grundlage dafür, dass die Patienten in Zukunft andere, korrigierende Erfahrungen mit körperlichen Missempfindungen sammeln können. Für einige Patienten ist eine ausführliche Informationsvermittlung sogar bereits die ausreichende Intervention zur Bewältigung ihrer Krankheitsängste.

Wann immer es möglich ist, sollten die Methode des geleiteten Entdeckens oder Verhaltensexperimente verwendet werden, um die Patienten auf psychophysiologische Zusammenhänge aufmerksam zu machen. Allerdings kann es bei Patienten mit geringer Introspektionsfähigkeit oder der Gefahr der Überforderung sinnvoll sein, von diesem Vorgehen abzuweichen und Informationen auf eine direktivere Art und Weise zu vermitteln.

Erklärungen für körperliche Empfindungen

Psychoedukative Inhalte des Abschnitts 3.2

Folgende Erklärungsmöglichkeiten für körperliche Symptome werden angesprochen:

- Körperliche Beschwerden entstehen oder werden verstärkt, wenn sich die Aufmerksamkeit auf den Körper lenkt. Diese Aufmerksamkeitslenkung ist eine natürliche Folge der Krankheitsideen (► Kap. 3.2.1).
- Die Aktivierung des Sympathikus im Rahmen einer Stressreaktion produziert eine Vielzahl von Körpersymptomen (► Kap. 3.2.2).
- Angst, also auch Krankheitsangst, ist eine besondere Form der Stressreaktion. Je intensiver das Angsterleben, desto eher / stärker entwickeln sich körperliche Begleitsymptome der Angst.
- Körperliche Veränderungen entstehen zudem durch Nahrungsmittel (z. B. Koffein), Umgebungsfaktoren (z. B. Hitze) und körperliche Zustände (z. B. Müdigkeit) (► Kap. 3.2.3).



- ─ Vorstellungen über pathologische Prozesse (z. B. Magenkrebs) führen zu körperlichen Veränderungen, die als weitere mögliche Krankheitszeichen missgedeutet werden können (z. B. erhöhte Magensäureproduktion) (► Kap. 3.2.3).

Im Teil zur kognitiven Umstrukturierung (► Kap. 3.2.4) soll der Patient die gelernten Informationen nutzen, um alternative Bewertungen für körperliche Symptome zu finden.

Neben der Informationsvermittlung werden den Patienten eine Reihe von Bewältigungsmöglichkeiten an die Hand gegeben. Diese leiten sich direkt aus den Inhalten ab, die in der Psychoedukation vermittelt werden.

Bewältigungsstrategien des Abschnitts 3.2

Aus der Psychoedukation leiten sich folgende Bewältigungsstrategien für Krankheitsangst ab:

- ─ Aufgabe der gewohnheitsmäßigen Aufmerksamkeitslenkung auf den Körper durch Konzentration auf die Umgebung oder die eigenen Sinneserfahrungen (► Kap. 3.2.1)
- ─ Entspannungstraining zur Sensibilisierung für die Stresssymptome und Verminderung körperlicher Anspannung (► Kap. 3.2.2)
- ─ Bewusstmachen der Argumente für die Krankheitsüberzeugung (► Kap. 3.2.4)
- ─ Relativierung der Krankheitsüberzeugung durch Sammeln von Gegenargumenten (► Kap. 3.2.4)

3.2.1 Aufmerksamkeit

Aufmerksamkeitslenkung als Erklärung für Körpersymptome

Zu Beginn der Therapie hat der Patient die Vermutung, dass eine ernsthafte Krankheit die Ursache seiner körperlichen Beschwerden darstellt. Um Informationen für seine Hypothese, unter einer bestimmten Krankheit zu leiden, zu sammeln, richtet er seine Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper und die Symptome. Je genauer und öfter der Körper beobachtet wird, desto intensiver und häufiger werden körperliche Symptome wahrgenommen. Dies wiederum wird als weiterer Beweis für die Erkrankung angeführt. Wichtigstes Ziel dieses Abschnitts zur Aufmerksamkeit ist es, dem Patienten zu vermitteln, dass seine Auf-

merksamkeitsausrichtung dazu beiträgt, dass körperliche Missempfindungen immer wieder und besonders intensiv wahrgenommen werden.

Allerdings hat es wenig Erfolg, wenn man dem Patienten lediglich mitteilt, dass seine Beschwerden durch die Aufmerksamkeitsausrichtung auf den eigenen Körper verstärkt und aufrechterhalten werden. Die meisten Patienten können sich nicht vorstellen, dass die als massiv erlebten Symptome durch die eigene Selbstaufmerksamkeit aufrecht erhalten werden können. Deshalb ist es notwendig, dass die Patienten möglichst praktisch erfahren, welche große Bedeutung ihrer Aufmerksamkeitsausrichtung zukommt. Um den Zusammenhang zwischen der Aufmerksamkeit und der Wahrnehmung von körperlichen Empfindungen eindrucksvoll zu demonstrieren, bietet sich die nachfolgend beschriebene Körperreise an.

Bei der Körperreise wird die Aufmerksamkeit auf bestimmte körperliche Bereiche gelenkt. Empfindungen, die typischerweise in diesen Körperregionen spürbar sind (z.B. Kribbeln in den Beinen), werden angesprochen. Durch diese Übung soll demonstriert werden, dass Körperempfindungen nicht unabhängig von unserer Aufmerksamkeit entstehen, sondern durch diese häufig erst spürbar werden. Für die Körperreise sollte ausreichend Zeit (mindestens 25 Minuten incl. Nachbesprechung) einkalkuliert werden. Zwischen den Fokussierungen auf die unterschiedlichen Körperbereiche sollte auf das Einhalten kurzer Pausen geachtet werden, damit der Patient genug Zeit hat, die verschiedenen Empfindungen wahrzunehmen.

Verhaltensexperimente

Therapie & Dialog

Eine Körperreise (ca. 10 min)

Therapeut: Setzen Sie sich ruhig und entspannt hin. Legen Sie Ihre Hände auf der Lehne oder den Oberschenkeln ab. Wenn es Ihnen möglich ist, schließen Sie die Augen. Ist Ihnen das unangenehm, suchen Sie sich einen Punkt im Raum, der möglichst weit entfernt ist, und schauen den Punkt an. [5 Sekunden Pause] Ich möchte nun mit Ihnen eine kleine gedankliche Reise durch den Körper machen. Dabei können einige körperliche Empfindungen auftreten, die aber alle harmlos sind. Einige davon sind Ihnen vielleicht angenehm, einige ein wenig unangenehm und einige wohl weder besonders unangenehm oder angenehm. Wenn wir die Übung beenden, werden die Empfindungen wieder in den Hintergrund treten. Zwischendurch stelle ich die eine oder andere Frage. Sie brauchen sie aber nicht laut zu beantworten. Ihre eigene, innere Reaktion stellt bereits die Antwort dar.



Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Nase:

Konzentrieren Sie sich nun auf Ihre Atmung. Versuchen Sie zu erspüren, wie die Luft durch die Nase eingesogen wird, ihre Lungen weitet und von da aus wieder ausgeatmet wird. [5 Sek. Pause] Versuchen Sie nun, so genau wie es geht, auf Ihre Empfindungen an der Nase zu achten. Vielleicht gelingt es Ihnen zu spüren, dass beim Einatmen ein eher kühler Lufthauch zu spüren ist. [5 Sek. Pause] Und wenn Sie ausatmen, ist dieser Lufthauch wärmer. [5 Sek. Pause]. Achten Sie in dieser Genauigkeit auf alle Empfindungen an Ihrer Nase: am linken und rechten Nasenflügel und an der Trennwand dazwischen. [10 Sek. Pause]

Aufmerksamkeitsfokussierung auf das Gesäß:

Und jetzt gehen wir ein Stück weiter in unserer Körperreise, durch den Oberkörper und hin zum Gesäß und den Oberschenkeln. [5 Sek. Pause] Genauer geht es um den Teil Ihres Körpers, der die Sitzfläche vom Stuhl berührt. Spüren Sie so genau wie es geht in die Berührung von Oberschenkeln und Po mit der Sitzfläche des Stuhls hinein. Vielleicht fühlen Sie ein Druckgefühl. [5 Sek. Pause] Vielleicht können Sie ausmachen, wie Ihre Sitzknochen auf den Stuhl drücken. [5 Sek. Pause] Oder spüren Sie ein Kälte- oder Wärmegefühl? [10 Sek. Pause]

Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Füße:

Und nun gehen Sie in Gedanken wieder weiter, und zwar die Beine hinunter bis hin zu den Füßen. [5 Sek. Pause] Achten Sie darauf, wo Ihre Füße genau Bodenkontakt haben. [5 Sek. Pause] Spüren Sie ein Druckgefühl? [5 Sek. Pause] Wo ist das Druckgefühl am stärksten? [5 Sek. Pause] Sind die Füße warm oder kalt? [5 Sek. Pause] Vielleicht merken Sie, dass sich Ihre Füße trocken oder feucht anfühlen. [5 Sek. Pause] Oder gibt es Stellen, an denen Ihre Füße kribbeln? [5 Sek. Pause] Achten Sie auf alle Empfindungen, die Sie im Bereich Ihrer Fußflächen wahrnehmen können.

Aufmerksamkeitsfokussierung auf den Kehlkopf:

Nun machen wir einen großen Sprung in der Körperreise, und zwar gehen Sie in Gedanken zurück durch die Beine und den Oberkörper und bleiben mit der Aufmerksamkeit einmal beim Hals stehen. Und zwar genauer noch beim Kehlkopf. [5 Sek. Pause] Lenken Sie nun Ihre ganze Aufmerksamkeit auf Ihren Kehlkopf, wie er vorne in Ihrem Hals sitzt. [5 Sek. Pause] Vielleicht müssen Sie schlucken. Dann achten Sie genau darauf, wie sich der Kehlkopf beim Schlucken anfühlt. [5 Sek. Pause] Vielleicht fühlt er sich groß an, vielleicht aber auch



klein. [5 Sek. Pause] Vielleicht können Sie auch die Oberfläche des Kehlkopfs spüren? Ist er eben oder eher etwas rau? [5 Sek. Pause] Achten Sie so genau wie es geht auf alle Empfindungen, die Sie am Kehlkopf haben. [10 Sek. Pause]

Aufmerksamkeitsfokussierung auf die Nase:

Jetzt geht die Körperreise wieder ein Stück weiter nach oben, zurück zur Nase. [5 Sek. Pause] Achten Sie darauf, wie die Luft durch Ihre Nase ein- und ausströmt. [5 Sek. Pause] Vielleicht spüren Sie beim Einatmen einen kühleren Luftzug. [5 Sek. Pause] Und wenn Sie ausatmen, ist die Luft vielleicht wärmer, etwa so warm wie Ihr Körper. [5 Sek. Pause]. Versuchen Sie nochmals auf alles zu achten, was Sie im Zusammenhang mit der Atmung an Ihrer Nase wahrnehmen. [10 Sek. Pause]

Langsam werden wir diese Übung nun beenden. [5 Sek. Pause] Kehren Sie in Gedanken in das Therapiezimmer zurück. [5 Sek. Pause] Öffnen Sie die Augen. [5 Sek. Pause] Räkeln und strecken Sie sich ruhig ein wenig.

Nach der Übung können dem Patienten folgende Fragen gestellt werden, um Zusammenhänge zwischen Aufmerksamkeit und Körperempfindungen hervorzuheben:

Fragen an den Patienten zur Körperreise

- Welche Körperempfindungen haben Sie gespürt?
(Es sollte eine möglichst große Anzahl von Empfindungen gesammelt werden.)
- Sind die Empfindungen jetzt noch da? Wenn ja, sind sie stärker oder schwächer als eben?
- Waren die Empfindungen schon vor der Übung da?
- Warum waren die Empfindungen vor der Übung noch nicht da und dann in der Übung schon?
- Können Sie sich vorstellen, zu welchem Zweck ich die Übung mit Ihnen gemacht habe?

Gemeinsam mit dem Patienten wird erarbeitet, dass es durch entsprechende Ausrichtung der Aufmerksamkeit zur Wahrnehmung der unterschiedlichsten Körpersensationen kommt. Häufigste Empfindungen sind dabei der geschwollene Kehlkopf, kribbelnde Füße und ein Kältegefühl an der Nase. Aber auch andere Wahrnehmungen, die sich nicht direkt auf die fokussierten Körperregionen beziehen, sind möglich.

Provokation angstbesetzter Symptome

3

Betrifft die Übung bereits kritische, d.h., mit der Krankheitsangst verbundene Symptome (z. B. bei Angst vor Kehlkopfkrebs), ist dies im Regelfall kein Hinderungsgrund. Im Gegenteil ist der Erkenntnisgewinn besonders hoch, wenn durch die Körperreise das Symptom provoziert werden konnte. Im Einzelfall kann bei sehr ängstlichen Patienten die Provokation angstbesetzter Symptome erst im Rahmen der konfrontativen Behandlung (► Kap. 3.3.6) durchgeführt werden.

Als Zusammenfassung der Übung können die Besonderheiten der Aufmerksamkeit hervorgehoben werden. Hilfreich ist hier die Verwendung der Metapher eines Scheinwerfers:

Scheinwerfer

Besonderheiten unserer Aufmerksamkeit

1. Aufmerksamkeit funktioniert ähnlich wie ein Scheinwerfer. Dort, wo der Scheinwerfer hinleuchtet, erscheinen die Dinge ganz hell, intensiv und deutlich. So ist es auch mit der Aufmerksamkeit auf den Körper: Wo sie hingelenkt wird, sind die Sinneseindrücke besonders intensiv. Wo die Aufmerksamkeit nicht ist, kann man weniger oder gar nichts spüren. Wenn man sich zum Beispiel genau auf seine kalten Füße konzentriert, nimmt man die Atmung kaum mehr bewusst wahr.
2. Im Fokus eines Scheinwerfers kann man auch kleinste Veränderungen wahrnehmen, die einem sonst nicht auffallen würden. Und auch so funktioniert die Aufmerksamkeit: Dort, wo man besonders hinspürt, merkt man auch, wenn sich verhältnismäßig kleine Dinge ändern. Werden unsere Füße also geringfügig wärmer, merken wir es umso eher, je aufmerksamer wir unsere Füße beobachten.
3. Im Körper laufen die ganze Zeit eine immense Zahl verschiedenster Vorgänge ab. Die allermeisten davon werden normalerweise nicht wahrgenommen. Erst wenn die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, können einige davon gespürt werden.

Die Besonderheiten der Aufmerksamkeit in Bezug auf körperliche Beschwerden sind für den Patienten auf ► Arbeitsblatt 4 zusammengefasst. Die Abbildung auf dem Arbeitsblatt stellt das »Scheinwerfermodell« graphisch dar. Die Frau, die im Scheinwerferlicht steht, ist sehr deutlich zu sehen, sie ist kontrastreich und hell, während die anderen Personen weniger gut erkennbar sind.

► ► Arbeitsblatt 4 »Körperliche Symptome und Aufmerksamkeit«

Bei der Bearbeitung des Themas Aufmerksamkeit ist an diesem Punkt darauf zu achten, das folgende Missverständnis zu vermeiden: Natur-

lich möchte der Therapeut dem Patienten nicht unterstellen, dass der Patient selbst an seinen körperlichen Beschwerden »schuld« ist, weil er ständig seine Aufmerksamkeit dorthin lenkt. Die Aufmerksamkeitsfokussierung geschieht nicht willentlich und absichtlich. Wie im Folgenden erläutert wird, ist der Mensch so konstruiert, dass sich seine Konzentration automatisch auf die Dinge lenkt, die für ihn bedeutsam sind. Dieser Mechanismus ist lebensnotwendig. Er führt aber im Falle von Krankheitsangst dazu, dass Körpersymptome verstärkt wahrgenommen werden.

Um den Zusammenhang von Bedeutsamkeit und Aufmerksamkeitslenkung zu verdeutlichen, können Beispiele aus dem Leben von Patienten herangezogen werden. So kann man den Patienten fragen, welche Dinge ihm besonders wichtig sind und ob er diese häufiger oder intensiver wahrnimmt als andere Menschen. Auch wenn man sich ein Auto gekauft hat, kann einem auffallen, wie viele Autos dieser Marke und Farbe eigentlich noch vorhanden sind. Ein weiteres Beispiel wird im folgenden Therapiedialog verdeutlicht.

Therapie & Dialog

Aufmerksamkeit lenkt sich auf bedeutsame Aspekte

Frau D. kommt zur zweiten therapeutischen Sitzung. Während der Therapie passt ihr Mann auf das gemeinsame kleine Kind auf. In der Sitzung wurde das Thema Aufmerksamkeit wie bereits beschrieben erarbeitet.

Therapeut: Es gibt noch einen weiteren Aspekt, der bei der Aufmerksamkeit wichtig ist. Dazu würde ich Ihnen gern ein paar Fragen stellen, die auf den ersten Blick gar nichts damit zu tun haben. – Wenn Sie mit Ihrem Kind im Kinderwagen unterwegs sind, begegnen Ihnen da öfters andere Kinderwagen?

Patientin: Ja, sogar ziemlich oft.

Therapeut: Hmm. Sind Ihnen schon genauso viele Kinderwagen begegnet, als Sie noch kein Kind hatten?

Patientin: Schwer zu sagen. Das kann sein, dass es genauso viele waren. Aber mir sind längst nicht so viele davon aufgefallen.

Therapeut: Genau darauf wollte ich hinaus! Können Sie sich erklären, warum Ihnen jetzt viel mehr Kinderwagen auffallen?

Patientin: Na, weil ich jetzt auch einen habe?

Therapeut: Ja, und was macht dabei den Unterschied für Sie aus?

Patientin: Dass der Kinderwagen jetzt zu einem wichtigen Teil von meinem Leben geworden ist?

Therapeut: Ganz genau. Der Kinderwagen ist Ihnen wichtig. – Und auf alles, was dem Menschen besonders wichtig ist, lenkt er automatisch seine Aufmerksamkeit. – Ob er will oder nicht.



Beispiel Mutter mit Kinderwagen

Patientin: Ja, als wir uns den Kinderwagen gekauft haben und uns über die verschiedenen Modelle informiert haben, sind mir plötzlich auch die verschiedenen Modelle und Farben aufgefallen.

Therapeut: Das ist ein gutes Beispiel dafür, wie Aufmerksamkeit funktioniert. Als der Kinderwagen Ihnen wichtig wurde, haben Sie nicht nur mehr Kinderwagen gesehen, sondern auch die verschiedenen Ausführungen davon. So ähnlich ist es auch mit Ihren Körpersymptomen. - Können Sie sich vorstellen, wie?

Patientin: Meine Körpersymptome sind wichtig? Ich würde mir wünschen, sie wären es nicht!

Therapeut: Ja, auch wenn es sie oft genug stört, sind ihre Körpersymptome deshalb wichtig, weil sie für Sie ein Zeichen dafür sind, dass Sie Krebs haben könnten. Und als mögliche Krankheitszeichen sind sie leider enorm wichtig geworden.

Patientin: Und das führt dann dazu, dass ich die Symptome immer stärker spüre. Ich verstehe.

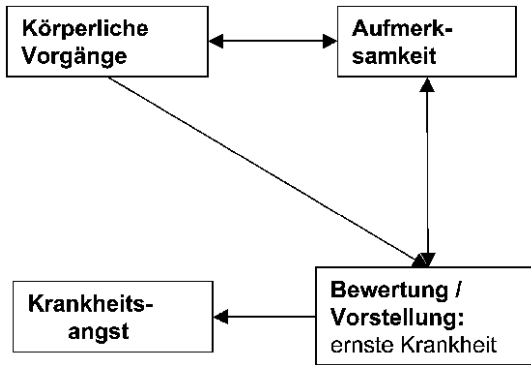
- Σ Anhand von Alltagsbeispielen kann verdeutlicht werden, dass wir alles, was für uns wichtig ist, in seiner Häufigkeit oder Intensität höher einschätzen. Da körperliche Missempfindungen als Zeichen für eine lebensbedrohliche Krankheit angesehen werden, haben sie bei Krankheitsängstlichen eine immense Wichtigkeit. Deshalb werden sie besonders intensiv wahrgenommen. Auch entwickelt sich so für die kleinsten Veränderungen eine besondere Sensibilität.

Danach kann mit dem Patienten gemeinsam entwickelt werden, dass bei Menschen mit ausgeprägten Krankheitsängsten der Scheinwerfer oft »eingerostet« ist. Und zwar ist er gewohnheitsmäßig besonders stark auf die körperlichen Symptome und betreffenden Körperregionen ausgerichtet. Es ist eine natürliche Folge der Angst, dass man seine möglichen Krankheitszeichen genau beobachten möchte. Eine nur normale Konsequenz dieser Aufmerksamkeitsfokussierung ist, dass man seinen Körper intensiver spürt und sensibler für auch kleine Veränderungen ist. Auch fällt es Betroffenen dann oft schwer, sich auf andere Dinge zu konzentrieren.

- Σ Bei krankheitsängstlichen Menschen ist der Scheinwerfer der Aufmerksamkeit oft gewohnheitsmäßig in Richtung der betroffenen Körperregionen eingestellt und auf dieser Position »eingerostet«.

Scheinwerfer ist festgestellt

Um die Reaktanzentwicklung von Patienten zu verhindern, sollte ein weiteres Missverständnis vermieden werden: Aufmerksamkeitsfokussierung ist eine wichtige, aber nicht die einzige Erklärung für die Kör-



■ **Abb. 3.2.** Erste Fassung des Erklärungsmodells: Aufmerksamkeit und Bewertung

persymptome von Patienten. Die Beschwerden sind meist nicht ausschließlich deshalb vorhanden, weil man sich auf sie konzentriert. Im Verlauf der Behandlung werden weitere Erklärungen erarbeitet, und meist entstehen Beschwerden in ihrer Intensität durch das Zusammenwirken dieser Faktoren.

Zum Abschluss dieses psychoedukativen Teils zur Aufmerksamkeit bietet es sich an, die bisher beschriebenen Zusammenhänge für den Patienten graphisch zu veranschaulichen (■ Abb. 3.2). Verwendet man ein ausreichend großes Papier, können nach und nach alle Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheitsängste beitragen, integriert werden.

- Im Laufe der Behandlungen werden eine Reihe von Erklärungen für Krankheitsangst und körperliche Symptome gesammelt. Zur graphischen Veranschaulichung bietet es sich an, die einzelnen Mechanismen nach und nach auf einem Metaplan-Papier festzuhalten. Dabei ist es wichtig, von Anfang an ausreichend Platz für Ergänzungen zu lassen.
 - ▶ Arbeitsblatt 25 ▶ Kap. 3.4.3 stellt dar, wie ein Gesamtmodell am Schluss aussehen kann. In ▶ Kap. 3.4.3 wird zudem eine fotografische Darstellung eines Gesamtmodells auf Metaplan-Papier gezeigt, wie es tatsächlich erstellt worden ist.

Anhand des Modells wird zusammengefasst, dass bei Personen mit Krankheitsängsten körperliche Missempfindungen als krankhaft und bedrohlich bewertet werden. In Folge dessen richtet sich die Aufmerksamkeit vermehrt auf die entsprechenden Empfindungen. Diese Aufmerksamkeitsausrichtung führt dazu, dass die Symptome noch deutlicher und intensiver wahrgenommen werden und evtl. weitere Symptome spürbar werden. Auf diese Weise entsteht ein Teufelskreis, der zur Aufrechterhaltung der Ängste beiträgt und den es zu durchbrechen gilt.

Auf die Komponente der Bewertung wird zu einem späteren Zeitpunkt noch ausführlich eingegangen (▶ Kap. 3.2.3). Zu diesem Zeitpunkt

Verhaltensexperiment zur Umlenkung der Aufmerksamkeit

reicht es zu betonen, dass die Bewertung körperlicher Empfindungen als Krankheitszeichen zu erhöhter Aufmerksamkeit auf den Körper führt.

Patienten neigen häufig dazu, allzu rasch über Veränderungs- oder Bewältigungsmöglichkeiten zu sprechen. Bevor gemäß der folgenden Anleitung die Aufmerksamkeitsumlenkung als Bewältigungsstrategie erarbeitet wird, sollte sichergestellt werden, dass der psychoedukative Teil richtig verstanden wurde. Dies lässt sich gut dadurch überprüfen, dass man den Patienten bittet, das Wichtigste zu wiederholen.

Aufmerksamkeitsumlenkung zur Bewältigung körperlicher Symptome

Um die Wirkung der Aufmerksamkeitslenkung auf die gesteigerte oder verminderte Wahrnehmung körperlicher Empfindungen zu veranschaulichen, bietet sich ein Verhaltensexperiment an. Nachdem dem Patienten verdeutlicht wurde, dass Aufmerksamkeit bei der Wahrnehmung körperlicher Symptome eine große Bedeutung zukommt, soll dieses Wissen nun eingesetzt werden, um eine erste Strategie zur Bewältigung von Krankheitsängsten zu vermitteln. Um die Beschwerden steigende und auch -vermindernde Wirkung der Aufmerksamkeitslenkung am eigenen Körper zu spüren, kann statt Psychoedukation wieder ein Verhaltensexperiment eingesetzt werden.

Therapie & Dialog

Übung zur Aufmerksamkeitslenkung

Therapeut: Ich möchte mit Ihnen heute wieder eine praktische Übung machen. Dabei wäre es gleich wichtig, dass Sie, wenn ich JETZT sage – also jetzt noch nicht – einen der beiden Füße, sagen wir, den rechten, vom Boden heben und oben halten. Schließen Sie dabei dann auch die Augen. Dann werde ich Sie bitten, sich auf bestimmte Dinge zu konzentrieren.

Heben Sie JETZT (der Therapeut schaut auf den Sekundenzeiger seiner Uhr) den rechten Fuß und schließen die Augen. Konzentrieren Sie sich nun ganz genau auf die körperliche Anspannung, die notwendig ist, um den Fuß vom Boden wegzuhalten. Achten Sie auf Ihre angespannten Oberschenkel. [5 Sek. Pause] Konzentrieren Sie sich darauf, wie schwer er sich anfühlt. [5 Sek. Pause] Vielleicht merken Sie, wie das Bein durch die Erdanziehungskraft deutlich nach unten gezogen wird. [5 Sek. Pause]. Vielleicht ist auch Ihre Bauchdecke angespannt? [5 Sek. Pause] [Wenn das Bein genau 45 Sekunden angehoben worden ist:] Und jetzt stellen Sie das Bein wieder ab. Schütteln Sie es ruhig ein bisschen hin und her, um die Anspannung zu lösen. Gleich werden wir die Übung in ähnlicher Form mit dem anderen Bein wiederholen.



Heben Sie JETZT [Therapeut schaut wieder genau auf den Sekundenzeiger] das linke Bein vom Boden ab und schließen Sie die Augen. Ich gebe Ihnen nun einen Gegenstand in die Hände. [Dem Patienten wird vorsichtig ein Gegenstand gereicht. Dafür bieten sich Objekte aus der Natur, wie z. B. Fossilien oder Tannenzapfen an, bei fehlender Vorbereitung tun es auch Bürogegenstände, wie z. B. ein Locher.] ertasten Sie den Gegenstand so genau wie sie können. [5 Sek. Pause] Stellen Sie sich genau vor, wie dieser Gegenstand aussieht. Welche Oberfläche hat er? Was denken Sie, welche Farbe er hat? Wo befindet sich so ein Gegenstand normalerweise? [Wenn das Bein wieder genau 45 Sekunden angehoben worden ist:] Und jetzt stellen Sie das Bein wieder ab. Schütteln Sie es ruhig ein bisschen hin und her, um die Anspannung zu lösen.

[Anhand der folgenden Fragen sollen dann die durch die Aufmerksamkeitslenkung provozierten Unterschiede exploriert werden.]

Was für Unterschiede gab es zwischen den beiden Übungen?

Welche der beiden Übungen war Ihnen angenehmer?

Was denken Sie, wie lange die erste und wie lange die zweite Übung war?

Welche Übung war länger?

Welche Übung kam Ihnen länger vor?

Der Patient wird üblicherweise berichten, dass ihm der erste Durchgang der Übung (Fokussierung auf das Bein) länger vorkam als der zweite (Konzentration auf den Gegenstand). Auch gibt er vermutlich an, dass der zweite Durchgang angenehmer war.

Falls der Patient keine Unterschiede wahrnehmen sollte oder sogar Gegenteiliges berichtet, sollten die Gründe dafür exploriert werden. Auch wenn die Übung nicht erwartungsgemäß verlief, können möglicherweise trotzdem Informationen über die Funktionsweise der Aufmerksamkeit daraus gewonnen werden. Gibt der Patient zum Beispiel an, dass er sich wegen der Anspannung im Bein kaum auf das Ertasten des Gegenstandes konzentrieren konnte, kann entwickelt werden, dass unangenehme Symptome ihn öfter davon abhalten, sich angemessen auf seine Außenwelt zu konzentrieren. Ergänzend kann danach darauf hingewiesen werden, dass einige Menschen die Aufmerksamkeitslenkung auf das Bein als länger empfinden. Der Patient kann dann gefragt werden, warum.

- ⊕ Die Ablenkung durch das Ertasten des Gegenstandes führt zu einer Abnahme der Körpermissempfindungen. Insbesondere die Konzentration auf die unterschiedlichen Sinnesmodalitäten (Riechen, Schmecken, Fühlen, Sehen, Hören) macht es schwer, Missempfindungen in all ihrer Intensität wahrzunehmen.

Beispiel Fakir

Bezieht man sich nun wieder auf das Bild des Scheinwerfers, kann aufgegriffen werden, dass der Scheinwerfer nicht für immer »eingerostet« nach innen auf die körperlichen Vorgänge bleiben muss. Vielmehr hat der Patient die Möglichkeit, seinen Scheinwerfer der Aufmerksamkeit in der Art zu trainieren, dass er immer leichter umlenkbar wird.

In diesem Zusammenhang kann das Beispiel der Fakire angeführt werden, die die Aufmerksamkeitsumlenkung bis zur Perfektion entwickelt haben. So können sie auf einem Nagelbrett liegen o.ä., ohne Schmerzen zu empfinden. Auch wenn ein »normaler« Mensch seine Aufmerksamkeit sicher niemals so gut trainieren kann, zeigt das Beispiel, wie viel Aufmerksamkeit man ganz vom eigenen Körper abbringen kann und so schließlich Schmerzen nicht mehr empfindet. Aber auch alltägliche Beispiele können angeführt werden: So hört ein Kind, das sich verletzt hat, schlagartig auf zu weinen, wenn man es mit einer großen, bunten Süßigkeit ablenkt. Möglicherweise kann der Patient auch eigene Beispiele oder Erfahrungen nennen, bei denen er durch Veränderung der Umgebungsbedingungen plötzlich Körpermissempfindungen nicht mehr spürte oder diese sich zumindest deutlich verringerten.

► Arbeitsblatt 5 fasst diese Informationen nochmals für den Patienten zusammen.

🔍 ► Arbeitsblatt 5 »Bewältigung körperlicher Beschwerden durch Umlenkung der Aufmerksamkeit«

Euthyme Therapie

Eine schöne Möglichkeit, um mit dem Patienten die bewusste Aufmerksamkeitsumlenkung einzuüben, bieten Genussübungen. Eine Vielzahl davon findet sich bei Kopenhöfer (2004). Zentraler Aspekt aller Genussübungen ist die Konzentration auf die einzelnen Sinneserfahrungen. In Bezug auf die Aufmerksamkeitslenkung heißt dies: Die Aufmerksamkeit wird auf das Riechen, Schmecken, Fühlen, Hören und Sehen gelenkt. Exemplarisch werden im Folgenden zwei Genussübungen aufgeführt. Um bei dem Patienten möglichst keine Erwartungshaltung oder Reaktanz zu provozieren, empfiehlt es sich, die Übung eher als »Übung zur Sinneserfahrung« anzukündigen.

Therapie & Dialog**Übung zur Sinneserfahrung (10-20 min.)**

In die Therapiesitzung sollten drei bis fünf Gegenstände mitgenommen werden (z.B. Obst, Steine, Blüten, Gewürze, Muscheln). Der Patient soll mit verschlossenen Augen nacheinander die Gegenstände ertasten. Für jeden Gegenstand sollten mindestens zwei Minuten eingeplant werden. Folgende Instruktionen fördern die taktilen und



olfaktorischen Sinneserfahrungen, die im alltäglichen Leben eher unterrepräsentiert sind:

Ertasten Sie diesen Gegenstand.

Wie fühlt sich die Oberfläche an. Ist sie glatt oder rau? Ist sie gleichmäßig, oder gibt es unterschiedliche Strukturen?

Ist der Gegenstand schwer oder leicht für seine Größe?

Ist der Gegenstand eher kühl oder eher warm?

Streichen Sie den Gegenstand einmal über die Oberfläche Ihrer Hand. Wie fühlt sich das an?

Riechen Sie einmal an dem Gegenstand.

Hat er einen bestimmten Geruch?

Versuchen Sie, für sich die optimale Entfernung zu dem Gegenstand zu finden, in der Sie den Geruch am angenehmsten empfinden. - Direkt unter der Nase? - Oder so weit entfernt, wie Sie Ihren Arm ausstrecken können?

Bei dieser Übung sollten das bewusste Erleben und stille Genießen gefördert werden. Die Gegenstände sollten deshalb auch angenehm zu ertasten oder zu riechen sein. Nach der Übung wird der Patient nach seinen Erfahrungen gefragt.

Für kaum einen Patienten ist diese Übung eine unangenehme Erfahrung. Bei der Nachbesprechung sollte Zeit darauf verwendet werden, zu überlegen, was genau das Angenehme ausgemacht hat und wie diese Erkenntnis in den Alltag integrierbar sein könnte (z. B. mit einem bestimmten Gewürz kochen, bei Spaziergängen auf Steine achten, die Wohnung durch Naturobjekte verschönern). Patienten sollten ermutigt werden, keine Scheu vor der Äußerung auch kleiner, »banaler« Beschäftigungen zu haben, wie bewusst das nächste Mittagessen zu genießen oder auf die Geräusche im eigenen Arbeitszimmer zu achten.

Σ Genussübungen sind eine gute Möglichkeit zur Umlenkung der Aufmerksamkeit bei Krankheitsangst.

Eine zweite Genussübung ist der so genannte Sinnesspaziergang, der dem Patienten sehr gut als Hausaufgabe mitgegeben werden kann, um bis zur nächsten Therapiesitzung weiter mit Aufmerksamkeit bzw. Umlenkung zu experimentieren:

Genuss ist alltäglich

Therapie & Dialog

Der Sinnesspaziergang

Therapeut: Bis zur nächsten Sitzung möchte ich Ihnen eine Übung mitgeben, bei der es darum geht, die Umwelt möglichst genau wahrzunehmen. Nehmen Sie sich mindestens zwanzig Minuten Zeit und machen Sie einen Spaziergang. Am besten ist es in diesem Fall, wenn Sie allein gehen, da Sie sich ganz auf Ihre eigenen Eindrücke konzentrieren sollten. Es geht dabei um Ihre persönlichen Sinneserfahrungen. Wissen Sie, welche verschiedenen Sinneskanäle der Mensch hat? [Gemeinsam werden Riechen, Schmecken, Sehen, Hören und Fühlen gesammelt.]. Bei der Übung sollten Sie probieren, sich auf alle Sinnesreize mit Ausnahme des Schmeckens zu konzentrieren. Es geht also darum, sich auf die Sinneseindrücke zu beschränken und diese zu intensivieren. Sie sollen nur wahrnehmen.

Dabei könnten Sie zum Beispiel auf Folgendes achten:

1. Beim Sehen: Schauen Sie geradeaus und benennen in Gedanken die Farben, die Sie dort sehen. Gibt es ringsum eine Farbe, die Ihnen besonders gut gefällt? Welche Farben sehen Sie am häufigsten, das Blau des Himmels oder das Grün von Bäumen? Wie unterscheiden sich Gegenstände im Licht von solchen, die im Schatten stehen?
2. Beim Hören: Achten Sie genau auf die Geräusche in Ihrer Umgebung. Was hören Sie in der Nähe, was in der Ferne? Wie können Sie hören, dass ein Gegenstand sich bewegt (z. B. ein fahrendes Auto)? Gibt es Naturgeräusche, die Sie hören, z. B. den Wind?
3. Beim Fühlen: Ist es Ihnen kalt oder warm? Wo ist es am kältesten oder wärmsten an Ihrem Körper? Können Sie den Wind auf Ihrer Haut spüren? Können Sie einen Unterschied spüren, wenn Sie Ihre Hände in die Sonne oder in den Schatten halten?
4. Beim Riechen: Das ist gar nicht so leicht, aber wenn man will, dann riecht man auch etwas. Riechen Sie Abgase von Autos? Riechen Sie etwas aus der Natur? Wenn Sie nichts riechen, gehen Sie einmal so nah an einen Baum oder Busch heran, bis Sie etwas riechen. Vielleicht müssen Sie sogar noch ein Blatt zerreiben, um den Geruch wahrzunehmen.

Können Sie sich vorstellen, so eine Übung bis zum nächsten Mal zu machen? Haben Sie Fragen?

Um die Durchführung der Aufgabe zu erleichtern und dem Patienten die Erinnerung an die einzelnen Erfahrungen zu ermöglichen, bietet das ► **Arbeitsblatt 6** genaue Instruktionen. Bei Patienten, die dazu neigen, eine Leistungsaufgabe daraus zu machen, sollte die Instruktion um Folgendes ergänzt werden:

Therapie & Dialog**Ergänzung zum Sinnesspaziergang**

Therapeut: Eins ist noch wichtig: Es geht nicht darum, möglichst viel dabei zu tun oder möglichst viele Eindrücke zu sammeln. Machen Sie die Übung in dem Tempo, das Ihnen gut tut. Gefällt Ihnen ein Sinneseindruck, bleiben Sie länger bei ihm. Ist Ihnen eine Wahrnehmung unangenehm, können Sie auch schneller weitergehen. Aber Sie sollten sich nicht hetzen. Es ist keine Leistungs- sondern eine Wahrnehmungsübung.

weniger ist mehr

➤ ▶ Arbeitsblatt 6 »Der Sinnesspaziergang«

In der nächsten Therapiesitzung soll der Patient berichten, welche verschiedenen Sinneserfahrungen er während des Wahrnehmungsspaziergangs sammeln konnte. Was hat er gesehen, gehört, gerochen oder gespürt? Gab es angenehme Erfahrungen, von denen er berichten kann? Wie andere Genussübungen ist auch der Sinnesspaziergang bei Patienten recht beliebt, so dass zumeist positive Erlebnisse berichtet werden.

Genussübungen sind eine Möglichkeit von vielen, die häufig automatisierte Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Körper zu verändern. In der Folge sollten weitere Aktivitäten oder Beschäftigungen gesammelt werden, die die Aufmerksamkeit umlenken und körperliche Symptome in den Hintergrund treten lassen. Hierbei sollte möglichst konkret festgehalten werden, was und wann der Patient probieren möchte, um seine Aufmerksamkeit von inneren Prozessen abzulenken. Produziert der Patient wenig eigene Ideen, so können positive Vorstellungsbildungen, Erinnerungen an den Urlaub oder andere angenehme Ereignisse sowie das in einer der nächsten Sitzungen einzuführende Entspannungstraining angeführt werden.

Um die Aufmerksamkeitsumlenkung nach außen weiter zu üben und auszubauen, kann der Patient weiterhin dazu angeregt werden, auch in seinem Alltag mit der Ausrichtung seiner Aufmerksamkeit zu experimentieren. So könnte er beispielsweise darauf achten, was passiert, wenn er sich aktiv an einem Gespräch beteiligt und sich auf seinen Gesprächspartner konzentriert oder sich stattdessen zurückzieht und auf seine Körperempfindungen achtet. Diese »Experimente« sollten mit dem Patienten individuell abgestimmt und konkretisiert werden.

- ❗ Die Umlenkung der Aufmerksamkeit und die später folgende Reizkonfrontation (▶ Kap. 3.3.5 und 3.3.6) sind in einigen Aspekten einander gegensätzliche Strategien. Während man sich im ersten Fall bemüht, sich auf anderes als den Körper zu konzentrieren, wäre das in einer Reizkonfrontation ein Vermeidungsverhalten, das die Habituation verhin-

**Aufmerksamkeits-
umlenkung vs. Reiz-
konfrontation**

dert. Dennoch nehmen beide in den meisten Behandlungen der Hypochondrie einen wichtigen Platz ein. Für Therapeuten ist deshalb sinnvoll, bereits jetzt eine klare Haltung dazu zu haben, wann welche Strategie eingesetzt werden sollte:

1. Die Umlenkung der Aufmerksamkeit ist wichtig, um das nahezu ständige, chronische Überwachen des Körpers zu unterbinden und den Automatismus zu durchbrechen. Die »eingerostete« Stellung des Aufmerksamkeitscheinwerfers muss sozusagen gelockert werden. Automatisierte, mehrfach täglich stattfindende Aufmerksamkeitslenkungen auf den Körper sollen vermindert werden. Bei starken Ängsten jedoch ist es nicht sinnvoll, die Aufmerksamkeitsumlenkung einzusetzen.
2. Die Konzentration auf körperliche Symptome und alle anderen Angstreize im Rahmen einer Konfrontation ist notwendig, wenn diese mit Angst verbunden sind. Während die Aufmerksamkeitsumlenkung eine Strategie ist, um mit automatisiertem Verhalten umzugehen, sollte beim Auftreten von Angst eine Aufmerksamkeitsfokussierung auf die angstauslösenden Reize hin stattfinden. Dabei sollte die gedankliche Hinwendung so geschehen, dass sie so ängstigend wie möglich wird.
3. Da durch Aufmerksamkeitslenkung das gedankliche Kontrollieren des Körpers unterlassen werden soll, ist sie in gewisser Weise auch konfrontativ. Im Unterschied zu den später beschriebenen Konfrontationsübungen ist hier jedoch das Ziel, dies in einer positiven, vertrauensvollen Haltung im Sinne von »Ich darf auch einmal meine Symptome außer Acht lassen.« zu tun.

Bei hohem intellektuellem Niveau und guter psychologischer Vorbildung kann es günstig sein, dem Patienten gegenüber bereits zu diesem Zeitpunkt beide Strategien zu erwähnen.

3.2.2 Stress und Entspannung

Sinn und Funktionsweise von Stress

Die meisten Patienten haben schon einmal gehört, dass Stress zu körperlichen Symptomen führen kann. Häufig hat sogar ihr Arzt die Entstehung ihrer körperlichen Symptome mit Stress begründet. Jedoch selten wurde dabei detailliert erklärt, wie und warum eine Stressreaktion zu körperlichen Missempfindungen führen kann. Deshalb wurde diese Erklärung von einigen Patienten bisher als »Ausrede« des Arztes interpretiert und nicht weiter darüber nachgedacht.

Eine verständliche Vermittlung dieser psychophysiologischen Zusammenhänge bildet oft die Voraussetzung, damit der Patient ein alternatives Erklärungsmodell zu seinen bisherigen Vorstellungen ent-

wickeln kann. Wenn der Patient verstanden hat, welche Bedeutung psychophysiologischen Vorgängen bei der Entstehung seiner körperlichen Symptome zukommt, ist er zudem eher motiviert, Stress reduzierende Interventionen, wie die Progressive Muskelentspannung (PME, s.u.) zu erlernen. Je nach Vorkenntnissen des Patienten kann die Informationsvermittlung unterschiedlich ausführlich erfolgen. Stets ist einer möglichst interaktiven Vermittlung der Informationen der Vorzug zu geben.

Zunächst wird vermittelt, dass die Stressreaktion eine natürliche Anpassungsreaktion des Körpers darstellt, die mit einer Vielzahl von körperlichen Symptomen einhergeht. Ohne diese Stressreaktion und die entsprechenden Symptome wäre menschliches Leben bzw. Überleben nicht möglich. So können körperliche Symptome in einen neuen, nicht pathologischen und funktionalen Kontext gestellt werden.

natürliche Anpassungsreaktion

Therapie & Dialog

Entwicklungsbiologische Bedeutung von Stress

Therapeut: Wahrscheinlich haben Sie schon häufig gehört, dass Stress zu körperlichen Symptomen oder Erschöpfungen führen kann. Vielleicht hat Ihnen auch schon einmal ein Arzt gesagt, dass der Stress für Ihre Probleme verantwortlich ist. Oder ein Arzt hat Sie gefragt, ob Sie in der letzten Zeit viel Stress hatten. Den meisten Menschen ist gar nicht klar, wie **genau** Stress eigentlich zu körperlichen Beschwerden führt. Im Folgenden möchte ich mit Ihnen gemeinsam überlegen, wie durch Stress körperliche Symptome entstehen können.

Stress ist ein ziemliches Modewort geworden. Wenn Sie jemanden fragen, wie es ihm geht, bekommen Sie bestimmt auch recht oft die Antwort: »Ganz gut, aber viel Stress!«. - Was meinen Sie, wie lange gibt es Stress schon? Ist Stress eine moderne Zivilisationskrankheit, oder gibt es Stress schon länger?

Patient: Tja, weiß nicht, wahrscheinlich gibt es Stress schon seit der Steinzeit.

Therapeut: Das ist richtig, die Stressreaktion gibt es tatsächlich schon sehr lange. Sie hat sich im Laufe der Evolution herausgebildet und sie gibt es schon länger, als es den Menschen gibt. Stress ist eine angeborene Reaktionsweise des Körpers.

Therapeut: Was denken Sie, in welchen Situationen waren die Menschen damals besonders im Stress?

Patient: Na ja, wenn sie von wilden Tieren bedroht wurden? Außerdem gab es bestimmt viele Auseinandersetzungen mit anderen Stämmen, wo man sich um Landbesitz oder so etwas gestritten hat.



Steinzeitmensch

Therapeut: Ja, glaube ich auch. Was würde ein Mensch in solch einer typischen Stresssituation machen?

Patient: Bei den wilden Tieren war es wohl das Beste, so schnell wie möglich abzuhausen. Bei den Auseinandersetzungen mit anderen Stämmen musste man kämpfen. Oder, wenn die anderen stärker waren, wohl besser auch weglaufen.

Therapeut: Ja, genau, das heißt, in Stresssituationen mussten unsere Vorfahren früher vor allem kämpfen oder schnell weglaufen. - Genau für diese Kampf- oder Fluchtreaktion ist eine starke körperliche Aktivierung nötig. Und diese wird im Rahmen einer angeborenen Stressreaktion ausgelöst. Das heißt, dem Körper wird in Sekundenbruchteilen Energie zur Verfügung gestellt, um eben zu kämpfen oder zu fliehen.

Patient: Das hab ich schon mal gehört.

Therapeut: Die Stressreaktion ist somit eine natürliche Anpassungsreaktion, um in bestimmten Lebenslagen bestmöglich zu funktionieren.

Danach kann ergänzt werden, dass die Stressreaktion heutzutage oft keine sinnvolle Funktion mehr hat. Während die Stressreaktion im Leben des Steinzeitmenschen lebenserhaltend war, erfüllt sie heute in vielen Situationen, gerade bei Dauerbelastungen, chronischen Schmerzen oder übertriebenen Ängsten, keine Bewältigungsfunktion mehr. Dies ist bei der folgenden Besprechung von Stressoren zu berücksichtigen. Auch wenn die Stressreaktion uns heutzutage nicht immer in den gewünschten Zustand versetzt, ist sie manchmal sehr wichtig: Stellt man z. B. fest, dass man sich sehr beeilen muss, um nicht zu spät zu einem wichtigen Termin zu kommen, ist es gut, wenn der Körper verstärkt aktiviert wird, um »die Beine in die Hand zu nehmen«. Mit dem Patienten sollte ein weiteres Beispiel für eine sinnvolle Stressreaktion gesammelt werden.

- ☒ Der Körper reagiert in Belastungssituationen automatisch mit einer Stressreaktion. Diese ist angeboren, lebenserhaltend und dient zur Bewältigung der Situationen.

Stressoren sammeln

Bevor nun im nächsten Schritt die Stressreaktion im Körper genauer erklärt wird, sollte über besondere Auslöser von Stress im Leben der Patienten gesprochen werden. Viele Krankheitsängstliche tun sich schwer, auf Antrieb Stressoren zu nennen. Deshalb kann angeführt werden, dass Stress recht allgemein eine Reaktion auf Belastungen ist. In der Regel lassen sich bei jedem Patienten Stressoren finden, wie z. B. die Erkrankung eines Elternteils, regelmäßige Überstunden, Sorgen um ein

über die Stränge schlagendes Kind, Prüfungsdruck oder Ärger mit dem Vorgesetzten. Anhand dieser Beispiele kann entwickelt werden, dass Emotionen, insbesondere negative Gefühle wie Ärger / Wut, Trauer und Angst / Sorge ausgeprägte Stressoren sein können. Da Angst ein Stressor ist, ist natürlich auch Krankheitsangst ein Auslöser für die Stressreaktion. Wenn es im Folgenden um mögliche körperliche Symptome einer Stressreaktion geht, ist es wichtig im Auge zu behalten, dass Krankheitsangst selbst ein Auslöser für körperliche Symptome sein kann. Seine persönlichen Stressoren kann der Patient in das ► Arbeitsblatt 8 eintragen. Die bisherigen Informationen werden auf ► Arbeitsblatt 7 zusammengefasst.

- Σ Intensive Emotionen, besonders negative Gefühle, sind ebenfalls Stressoren. So lösen nicht nur Wut, Trauer und allgemeine Angst eine Stressreaktion aus, sondern auch Krankheitsangst selbst.
- ► Arbeitsblatt 7 »Stress und körperliche Symptome«
► Arbeitsblatt 8 »Meine persönlichen Stress-Auslöser«

Das Standardvorgehen im Rahmen dieses Manuals ist, zu diesem Zeitpunkt keine Stressbewältigung vorzunehmen, die über das hinausgeht, was ohnehin durch die Behandlung der Krankheitsangst erreicht wird. Fällt bei der Sammlung der Stressoren jedoch auf, dass die Veränderung von Stressoren (z. B. chronischer Partnerschaftskonflikt) indiziert ist, kann dies bei besonderer Dringlichkeit vorgezogen werden. Alternativ kann zu einem späteren Zeitpunkt auf diese Themen zurückgekommen werden. Ein empfehlenswertes Manual zur allgemeinen Stressbewältigung findet sich bei Kaluza (2004).

Im nächsten Schritt sollte vermittelt werden, wie die Stressreaktion im Körper reguliert wird. Die Darstellung der Funktionsweise des vegetativen Nervensystems sollte der Vorbildung des Patienten angepasst werden. Bei vorgebildeten oder biologisch interessierten Patienten besteht allerdings die Gefahr, sich im Detail zu verlieren. Der folgende Text stellt ein gutes Mittelmaß dar, um alle wichtigen Informationen zu liefern, ohne den Bezug zur Bewältigung der Krankheitsangst außer Acht zu lassen.

Therapie & Dialog

Wie durch eine Stressreaktion Symptome entstehen - das vegetative Nervensystem

Viele Patienten haben schon vom vegetativen oder autonomen Nervensystem (VNS) gehört, so dass die Einführung des Begriffes nicht immer notwendig ist. Die Funktionsweise des VNS kann folgendermaßen erläutert werden:



2 Antagonisten

Therapeut: Das VNS regelt die inneren Prozesse unseres Körpers. Es sorgt beispielsweise dafür, dass unsere Atmung und der Herzschlag den körperlichen Belastungen angepasst wird oder die Verdauung angeregt wird, wenn wir etwas gegessen haben. Das VNS besteht aus den beiden Gegenspielern Sympathikus und Parasympathikus. Wenn Leistung oder Aktivität gefordert ist (wie z.B. bei der Flucht oder Kampfreaktion des Steinzeitmenschen, s.o.) ist der Sympathikus besonders aktiv. Wenn eher Erholung, Entspannung und Energieaufbau stattfindet, ist der Parasympathikus besonders aktiv.

Die gegenläufige Arbeit von Sym- und Parasympathikus veranschaulicht auch das ► Arbeitsblatt 7. Hier sind einzelne Körperfunktionen (z.B. Atmung) aufgeführt und die dazugehörige Auswirkung bei Sympathikus- bzw. Parasympathikusaktivierung (z.B. Beschleunigung bzw. Verlangsamung). Um möglichst gut fliehen oder kämpfen zu können, muss der Sympathikus aktiviert werden. Durch die Hormone, die dabei ausgeschüttet werden, vor allem Adrenalin, schlägt das Herz schneller und die Atmung geht schneller, damit mehr Blut durch die Adern gepumpt wird und so mehr Sauerstoff zur Verfügung steht.

Eine Aktivierung des Sympathikus bewirkt, dass so genannte Stresshormone (z.B. Adrenalin, Kortisol) in den Körper ausgeschüttet werden. Die Aktivierung des Parasympathikus führt weitgehend zu den entgegengesetzten Reaktionen. Beide Systeme sorgen dafür, dass man sich an Belastungen anpasst und ein natürliches Gleichgewicht zwischen Be- und Entlastung entsteht. Hieran wird die Eigenregulationsfähigkeit des Körpers deutlich. Einige Auswirkungen einer Sympathikus- bzw. Parasympathikusaktivierung sind in der nachfolgenden ■ Tab. 3.2 zusammengefasst, die auch auf ► Arbeitsblatt 9 aufgeführt sind.

► Arbeitsblatt 9 »Was steuert die Stressreaktion?«

■ Tab. 3.2. Auswirkungen der Sympathikus- und Parasympathikusaktivierung

Körperfunktion	Sympathikus	Parasympathikus
Blutdruck	Erhöhung	Senkung
Herzfrequenz	Beschleunigung	Verlangsamung
Atmung	Beschleunigung	Verlangsamung
Blutzucker	Vermehrung	Verminderung
Schweißdrüsen	Aktivierung	-
Muskelspannung	Zunahme	Abnahme

Wichtigstes Ziel der bisherigen Informationsvermittlung zum Thema Stress ist, eine weitere Erklärung für die körperlichen Symptome der Patienten zu finden. Deshalb sollte, wenn möglich, ein direkter Bezug zwischen der Aktivierung des vegetativen Nervensystems und der Symptomatik des Patienten hergestellt werden. So kann der Patient z.B. gefragt werden, ob er selbst Zusammenhänge zwischen früheren oder aktuellen körperlichen Symptomen und den typischen Folgen einer Stressreaktion sieht. Gelingt es dem Patienten nicht, seine aktuelle Symp-

Tab. 3.3. Körperliche Symptome und mögliche »harmlose« zugrunde liegende Prozesse

Symptome	Körperliche Prozesse
Herzklopfen Herzrasen	Der Herzschlag wird beschleunigt, um Sauerstoff und Nährstoffe in die Skelettmuskeln zu transportieren, damit der Körper auf Kampf oder Flucht vorbereitet wird.
Atembeklemmung Druck auf der Brust	In Stresssituationen muss schneller geatmet werden, um das Abfallprodukt Kohlendioxid abzugeben und Sauerstoff aufzunehmen. Wird der Sauerstoff jedoch nicht verbraucht (wenn nicht gekämpft oder geflohen werden muss), führt dies zu einem unangenehmen Druckgefühl im Brustkorb, das oft als Erstickungsgefühl oder Brustdruck erlebt wird.
Mundtrockenheit	Ein trockener Mund ist zum Einen eine Begleiterscheinung einer beschleunigten Atmung. Schnelles Ein- und Ausatmen gelingt besser bei geöffnetem Mund. Zum Anderen wird in Zusammenhang mit der Verminderung der Verdauungsfunktion auch die Speichelproduktion gehemmt.
Schmerzen allgemein	Besonders bei chronischer Anspannung neigen viele Menschen dazu, ihre Muskeln übermäßig oder einseitig (asymmetrisch) anzuspannen. Dies führt leicht zu muskulären Verspannungen, die schmerzhaft empfunden werden.
Hitzegefühle Schwitzen	In Folge der Aktivierung des Körpers verbraucht er mehr Energie und wird tatsächlich wärmer. Damit sich der Körper nicht übermäßig erhitzt, wird vermehrt Schweiß abgesondert, was durch Kondensation den Körper wieder abkühlt.
Kribbeln in Armen und Beinen Flimmern vor den Augen Ohrensausen Pulsierende Kopfschmerzen	Durch die erhöhte Herz­tätigkeit und die Verengung der kleinen arteriellen Blutgefäße in der Haut steigt der Blutdruck. Diese Symptome sind mögliche Begleiterscheinungen von Bluthochdruck.
Zittern	Wird das VNS aktiviert, spannt sich die Muskulatur an. Der Körper wird für eine Bewegung aktiviert, die nicht erfolgt. Die dadurch erhöhte Anspannung kann zum Zittern führen.
Schwindel	Schwindel resultiert zum Beispiel, wenn der Blutdruck plötzlich abfällt (z. B. nach starker Anspannung, die nicht abreagiert werden konnte).
Herzrhythmusstörungen Herzstolpern Extrasystolen / Extraschläge	Diese Symptome können durch das rasche Umschalten auf Beschleunigung oder Verlangsamung der Herzschläge entstehen. Nach raschen Herzschlägen macht das Herz anschließend eine kurze Pause, um den Rhythmus wieder herzustellen.
Übelkeit	Bei starker nervlicher Erregung kann sich die Magenmuskulatur verkrampfen, was zu Übelkeit führt. Ebenso entsteht Übelkeit nach einem plötzlichem Blutdruckabfall (z. B. bei zu schnellem Aufstehen).
Kloß im Hals Fremdkörper-, Trockenheitsgefühl im Hals	Bei Stress kann sich der obere Teil der Speiseröhrenmuskeln verkrampfen. Können durch die stressbedingte Krampfneigung der Speiseröhrenmuskulatur entstehen.

tomatik mit dem vegetativen Nervensystem in Verbindung zu bringen, können auch sehr direkt Informationen über Zusammenhänge zwischen VNS und körperlichen Empfindungen vermittelt werden. Eine Hilfestellung dafür bietet die folgende ■ Tab. 3.3.

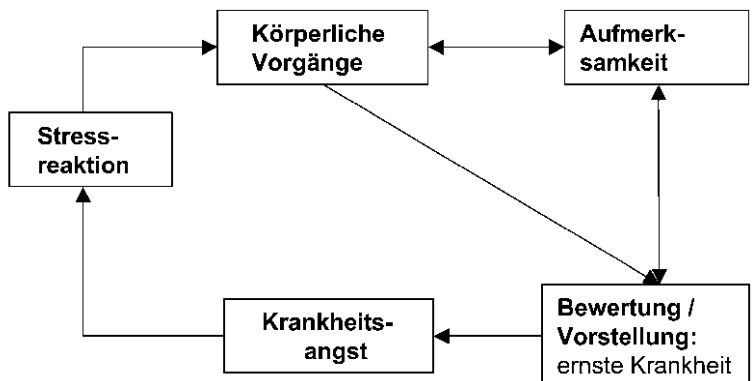
- Σ Die wichtigsten Informationen zu Stress in Kürze: Die Stressreaktion ist eine gesunde, angeborene Reaktion des Körpers, die uns in einen Zustand versetzt, in dem man bestmöglich kämpfen oder fliehen kann. Auch Krankheitsangst ist genauso wie andere Gefühle ein Stressor. Gesteuert wird diese Reaktion durch das vegetative Nervensystem, genauer, durch den aktivierenden Teil, den Sympathikus. Viele körperliche Missempfindungen, wie z. B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Übelkeit können Teil einer Stressreaktion sein. Der Gegenspieler des Sympathikus wird Parasympathikus genannt und ist für die Entspannung zuständig.

Nach diesen Erläuterungen über Stress, das vegetative Nervensystem und körperliche Symptome kann nun das Modell zur Erklärung von Krankheitsängsten erweitert werden. Hierbei sollte »Stress« als ein Auslöser für körperliche Symptome eingezeichnet werden (■ Abb. 3.3).

Stressbewältigung durch Entspannung

Nach der Psychoedukation »Stress verursacht körperliche Symptome« kann dem Patienten eine weitere Bewältigungsstrategie an die Hand gegeben werden. Für den Therapieverlauf bietet es sich an, schrittweise ein Entspannungstraining einzuüben. Die Einführung der Übungen kann folgendermaßen erfolgen:

■ Abb. 3.3. Zweite Fassung des Erklärungsmodells: Stressreaktion



Therapie & Dialog**Beeinflussbarkeit des VNS durch Entspannung**

Therapeut: Bei den meisten Menschen, die mit Ängsten zu tun haben, vermutet man, dass ihr Sympathikus gewissermaßen »übertrainiert« ist und sehr schnell, intensiv und lang andauernd reagiert. Der Gegenspieler, der Parasympathikus, braucht hingegen im Vergleich dazu eher etwas »Nachhilfe«: Die meisten Menschen sind nicht gut in der Lage, sich schnell und effektiv zu entspannen. Auch die durch den Parasympathikus vermittelte Entspannungsreaktion gehört zum natürlichen, angeborenen Verhaltensrepertoire des Menschen. Sie ist genauso biologisch verankert wie die Stressreaktion. Regelmäßig durchgeführte Entspannungsübungen führen zu einer Reduktion der sympathischen Erregungsbereitschaft (ggf. auf ► Arbeitsblatt 9 zurückgreifen) und haben sowohl kurzfristig als auch langfristig wohltuende Effekte. Sie verändern die Körperfunktionen: z. B. nimmt die Muskelanspannung ab, durch die Erweiterung von Gefäßen in Armen und Beinen stellt sich ein angenehmes Wärmegefühl ein, der Blutdruck wird gesenkt, der Atem wird langsamer und gleichmäßiger. Aber sie wirken sich auch auf gedanklicher Ebene z.B. in Konzentrationsverbesserung und einer Abnahme belastender Gedanken aus. Oft fühlt man sich dann gelassener, ausgeglichener und wohler.

»Training« des Parasympathikus

Nachdem der Patient möglichst neugierig auf die positiven Wirkungen des Entspannungstrainings gemacht wurde und er weiß, dass durch Entspannung körperliche Empfindungen positiv beeinflusst werden können, kann die Strategie erklärt und eingeübt werden. Wir empfehlen, dem Patienten die Progressive Muskelentspannung (PME) zu vermitteln, da sie erfahrungsgemäß am besten von Patienten verstanden, akzeptiert und beibehalten wird. PME unterstützt die Entspannungsreaktion durch die physiologische An- und Entspannung der Muskelpartien. Beim Autogenen Training besteht die Gefahr, dass die Patienten sich leichter ablenken lassen und während der Übung an ihre Krankheitssorgen oder andere Probleme denken und somit nur schwer entspannen können. Die im Folgenden genannten Hinweise zur Durchführung der PME orientieren sich in etwa an Bernstein und Borkovec (2002). Bevor die Übung durchgeführt wird, sollte dem Patienten die Wirkweise der PME näher gebracht werden. Nachführend wird eine Möglichkeit beschrieben, um das Prinzip der PME zu verdeutlichen.

Therapie & Dialog

Einführung der Progressiven Muskelentspannung

Therapeut: Es gibt eine gute Möglichkeit, um der natürlichen Entspannungsreaktion »Nachhilfe« zu geben. Die so genannte Progressive Muskelentspannung (wobei progressiv fortschreitend heißt) ist ein Entspannungstraining, das schon 1934 vom Physiologen Edmund Jacobson entwickelt wurde. Das Grundprinzip der PME besteht darin, dass ein Wechsel von muskulärer Anspannung und Entspannung die Muskelanspannung unter das normale Niveau senkt.

Zur Demonstration dieses Prinzips kann ein Pendel aufgehängt werden. Links vom Pendel steht das Wort Entspannung und rechts davon das Wort Anspannung. Alternativ kann dieses »Pendelprinzip« dem Patienten auch aufgezeichnet werden.

Therapeut: Das Prinzip der PME lässt sich mit Hilfe dieses Pendels erklären. Man kann versuchen, sich direkt und bewusst zu entspannen. Dies kostet gewissermaßen Anstrengung – es ist schwierig, das Pendel in Richtung Entspannung zu drücken.

Therapeut: Leichter gelingt die Entspannung, wenn man zuvor das Pendel in Richtung Anspannung zieht. Für die Anspannung ist genau diese Energie oder dieser Druck notwendig. Aber wenn man nun das Pendel loslässt, schwingt es automatisch und ohne Anstrengung in Richtung Entspannung.

Therapeut: Ziel der PME ist es, die Muskelspannung unter das Niveau der alltäglichen Anspannung zu senken. Es trainiert die Fähigkeit, verspannte Muskeln auszumachen und bewusst zu lockern. Hiermit bekommt man eine Möglichkeit an die Hand, einen positiven Einfluss auf körperliche Missempfindungen zu nehmen.

Allerdings bedarf PME auch einer gewissen Übung. Sich entspannen zu können, ist eine Fertigkeit wie Schwimmen oder Fahrradfahren



■ **Abb. 3.4.** Funktionsweise der PME. Bild links: Man versucht, sich zu entspannen: Pendel wird in Richtung Entspannung gedrückt. Bild Mitte: Vor der Entspannung erfolgt zunächst Anspannung: Pendel wird in Richtung Anspannung gezogen. Bild rechts: Auf Anspannung erfolgt ohne Anstrengung eine Entspannung: Das Pendel schwingt automatisch in die Entspannung



und ist ohne regelmäßiges, und das heißt zunächst tägliches, Üben nicht erlernbar. Wenn Sie die PME jedoch erst einmal eingeübt haben, können Sie immer wieder darauf zurückgreifen und haben eine wirkungsvolle Strategie gegen körperliche Missempfindungen.

■ Abb. 3.4 veranschaulicht den Zusammenhang und zeigt eine mögliche Konstruktion für das Pendel.

Die Informationen zur PME sowie die einzelnen Übungen sind auf den Arbeitsblättern 10 und 11 für den Patienten zusammengefasst.

➤ ▶ Arbeitsblatt 10 »Informationsblatt zur Progressiven Muskelentspannung (PME)«

Vor Beginn der eigentlichen Entspannung sollten zwei Vorübungen durchgeführt werden:

1. Um auch bei geschlossenen Augen sicher zu sein, dass die richtigen Muskeln angespannt werden, bieten sich »Trockenübungen« an. Hier können Patient und Therapeut das ▶ Arbeitsblatt 11 zu Hilfe nehmen und nach und nach alle Muskelpartien durchgehen.
2. Die Patienten sollten ihre Muskeln weder zu fest, noch zu locker anspannen. Als Orientierungspunkt soll eine Faust einmal so fest wie möglich angespannt werden. Die bei der PME erzielte Anspannung soll etwa 50% dieser maximalen Anspannung betragen. Bei Patienten, die generell zu einer hohen körperlichen Anspannung neigen, sollte die Anweisung auf 20% vermindert werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Patienten die Anspannung zwar spüren, sich aber nicht verkrampfen.

Nachdem die offenen Fragen geklärt wurden, wird mit dem Patienten eine PME-Übung durchgeführt. Eine mögliche Anleitung bietet ▶ Arbeitsblatt 11. Dieses kann der Patient ebenso verwenden, um die Entspannungsübung selbstständig durchzuführen.

➤ ▶ Arbeitsblatt 11 »PME-Übungen«

Während den Entspannungsphasen sollten vom Therapeuten Anweisungen gegeben werden, die den Patienten auf den Entspannungsprozess aufmerksam machen, wie z. B.

- Achten Sie auf das Loslösen der Muskeln.
- Genießen Sie das angenehme Gefühl der Entspannung.
- Spüren Sie, wie die Muskeln sich tiefer und tiefer entspannen – immer mehr.

PME-Vorübungen

- Locker lassen, an das Gefühl der Entspannung denken.
- Vielleicht spüren Sie, wie der Zustand der Entspannung sich nach und nach ausbreitet.

Im Folgenden finden sich ein Formulierungsvorschlag und genaue Instruktionen für die erste PME-Übung. Auch wenn diese prinzipiell abgelesen werden können, ist eine freie Formulierung im eigenen Stil des Therapeuten vorzuziehen.

Therapie & Dialog

Instruktion zur Entspannungsübung (PME) (ca. 20 min.)

Therapeut: Setzen Sie sich entspannt hin, so dass Sie eine Weile bequem sitzen können. - Schließen Sie nun die Augen und konzentrieren Sie sich zunächst auf ihre Atmung. – Vielleicht können Sie an sich beobachten, wie sich ihre Bauchdecke hebt und senkt? – Atmen Sie ruhig und in Ihrem eigenen Tempo.

Wir werden nun gleich mit der PME beginnen. Dabei sollten Sie gleich immer eine bestimmte Körperregion anspannen, wenn ich JETZT sage. Spannen Sie erst dann an, wenn ich JETZT sage. - Spannen Sie gleich Ihre rechte Hand und Ihren Unterarm an, indem Sie ihre Hand zu einer Faust ballen. Spannen Sie nicht zu stark an, nicht mehr als 50 Prozent. Es genügt, wenn Sie eine Anspannung der Muskeln spüren. Ballen Sie die Hand zur Faust JETZT und halten Sie die Spannung. Achten Sie auf die Anspannung in Ihrer Hand und Ihrem Unterarm [die Anspannung sollte für ca. 5 Sekunden gehalten werden] – und beim nächsten Ausatmen lassen Sie wieder locker [die Entspannungsphase sollte ca. 20-30 Sekunden andauern]. - Achten Sie darauf, wie sich die Muskeln lösen. – Konzentrieren Sie sich auf das Gefühl der Entspannung in der Hand und im Arm. [Dieser Abschnitt der Instruktion wird etwa in dieser Form für jede Muskelpartie wiederholt.]

Nun spannen Sie den linken Unterarm und die linke Hand an, indem Sie Ihre linke Hand zur Faust ballen...

Ihren rechten Oberarm spannen Sie an, indem Sie ihn mit geöffneter Hand anwinkeln ...

Nun ist der linke Oberarm an der Reihe. Winkeln Sie den Arm mit geöffneter Hand an ...

Wenden Sie sich jetzt Ihrem Gesicht zu. Ziehen Sie Ihre Augenbrauen hoch und werfen die Stirn in Falten, um die obere Partie Ihres Gesichts anzuspannen ...

Den Bereich um Ihre Augen spannen Sie an, indem Sie Ihre Augen zusammenkneifen ...

Spannen Sie gleich die Partie um Ihre Nase herum an, indem Sie die Nase rümpfen ...



Spitzen Sie nun die Lippen und spannen sie damit an ...

Als Nächstes spannen Sie Ihre Kiefermuskeln an, indem Sie die Zähne aufeinander pressen, aber nicht zu stark ...

Spüren Sie nun noch einmal nach, wie entspannt sich Ihr Gesicht anfühlt. Wie eine glatte leere Fläche.

Spannen Sie Ihren Hals an, indem Sie den Kopf zur rechten Seite drehen und herunterbeugen ...

Wiederholen Sie den Vorgang für die linke Seite: Kopf nach links drehen und herunterbeugen ...

Spannen Sie Ihren Nacken an, indem Sie den Kopf vorne gegen die Brust drücken, ohne Sie zu berühren ...

Wenn Sie Ihre Schultern nach hinten ziehen, können Sie Ihren Rücken anspannen ...

Spannen Sie nun Ihre Bauchmuskeln an, so als wollten Sie einen leichten Schlag abfangen ...

Fühlen Sie nun noch einmal in alle Bereiche des Rückens und versuchen alle Teile des Rückens zu entspannen. Wenn Sie merken, dass Sie irgendwo noch angespannt sind, versuchen Sie locker zu lassen.

Spannen Sie als Nächstes Ihren rechten Oberschenkel und Ihre rechte Gesäßmuskulatur an, so dass Sie sich leicht nach oben bewegen ...

Das Gleiche nun mit der linken Seite: Oberschenkel und Gesäß anspannen ...

Spannen Sie Ihre rechte Wadenmuskulatur an, indem Sie Ihre rechte Fußspitze nach oben ziehen ...

[Die Anspannungsphase bei den Beinen sollte 3 Sekunden nicht überschreiten, um Verkrampfungen zu verhindern.]

Machen Sie nun das Gleiche mit Ihrer linken Wade: Linke Fußspitze nach oben ziehen ...

Nun spannen Sie Ihren rechten Fuß an, indem Sie die rechten Zehen krümmen ...

Und jetzt ist der linke Fuß dran: Krümmen Sie die Zehen ...

(Abschlussinstruktion:) Gehen Sie nun gedanklich noch einmal durch Ihren ganzen Körper. - Wenn Sie irgendwo Anspannung spüren, versuchen Sie diese zu lösen. - Achten Sie darauf, wie sich das angenehme Gefühl der Entspannung immer mehr in Ihrem Körper ausbreitet. - Vielleicht können Sie sich das Gefühl der Entspannung einprägen und sich im Laufe des Tages noch einmal daran erinnern. - Wenn wir die Übung nun langsam beenden, zähle ich von vier abwärts. - Vier: Bewegen Sie Ihre Füße und Beine. - Drei: Bewegen Sie Ihre Arme und Hände. Zwei: Bewegen Sie Ihren Kopf und Hals. Eins: Öffnen Sie Ihre Augen.

ausführliche Nachbesprechung

3

Nach der Übung sollte gerade zu Beginn eine ausführliche Nachbesprechung mit dem Patienten stattfinden. Dabei können folgende Fragen gestellt werden:

- Ist es gelungen, sich zu entspannen?
- War es angenehm, den Körper auf diese Weise zu entspannen?
- Gab es eine Körperpartie, bei der die Entspannung besonders schön war?
- Gab es unangenehme Empfindungen während bestimmter angespannter Körperregionen?
- Hatten Sie andere Schwierigkeiten?

Selten kommt es vor, dass Patienten Probleme haben, bestimmte Körperregionen zu entspannen, da diese unmittelbar mit Krankheitsängsten verbunden sind (z. B. der Oberkörper bei Angst vor Lungenkrebs). Da das Ziel hier Entspannung, nicht Exposition ist, kann zunächst die betroffene Körperpartie weggelassen werden. Im späteren Verlauf der Behandlung bietet es sich an, genau die ausgelassene Körperregion als Expositionsübung durchzuführen (► Kap. 3.3.6).

Andere Schwierigkeiten können auftreten, wenn Patienten durch Gedanken an Krankheiten abgelenkt sind. Hier wird die Instruktion gegeben, die Gedanken weder festzuhalten, noch mit Anstrengung wegzuschieben. Üblicherweise wird hier das Bild der vorüberziehenden Wolken gewählt. Es kann ergänzt werden, dass es mit zunehmender Übung immer besser gelingt, sich auf die Entspannungsübung zu konzentrieren.

- ❗ Da Entspannung regelmäßiges Üben erfordert, sollte die PME vom Patienten anfänglich täglich durchgeführt werden. Es sollten zu Beginn 30 Minuten eingeplant werden.

3.2.3 Weitere Auslöser von körperlichen Symptomen

Sammlung verschiedener Auslöser

Außer bei Stress entstehen körperliche Missempfindungen auch aus zahlreichen weiteren Gründen. Hierzu kann der Patient direkt danach gefragt werden, was seiner Meinung nach zu körperlichen Missempfindungen führen kann. Je vielfältigere Erklärungen gesammelt werden können, desto mehr Alternativen stehen dann zur Verfügung, um sie der Krankheitsinterpretation entgegensetzen zu können. Die nachfolgenden ■ Tab. 3.4 und ■ Tab. 3.5 geben einen beispielhaften Überblick über mögliche Auslöser für zwei häufige Symptome, Schmerzen im Oberbauch und Kopfschmerzen:

Diese vielfältigen Auslöser für körperliche Empfindungen sollten ebenfalls in das Erklärungsmodell aufgenommen werden (■ Abb. 3.5).

Tab. 3.4. Mögliche, nicht krankheitsbezogene Auslöser für Schmerzen im Oberbauch

Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> – Alkohol – Nikotin – Kaffee – sehr fetthaltige Speisen – größere Mengen Obst
Körperliche Auslöser	<ul style="list-style-type: none"> – zu viel gegessen – Hunger – muskuläre An- oder Verspannung – körperliche Fehlhaltung des Oberkörpers – körperliche Anstrengung (z. B. Seitenstechen) – Fehlathmung / Hyperventilation

Tab. 3.5. Mögliche, nicht krankheitsbezogene Auslöser für Kopfschmerzen

Umgebungs-faktoren	<ul style="list-style-type: none"> – Wetterumschwünge – niedriger Luftdruck – Hitze – schlechte Luft
Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> – Alkohol – Kaffee – Geschmacksverstärker (Natriumglutamat) – Konservierungsstoffe
Körperliche Auslöser	<ul style="list-style-type: none"> – zu wenig getrunken – Verspannung im Nacken-, Schulter- oder Gesichtsbereich – Fehlhaltung von Kopf- oder Schulterbereich

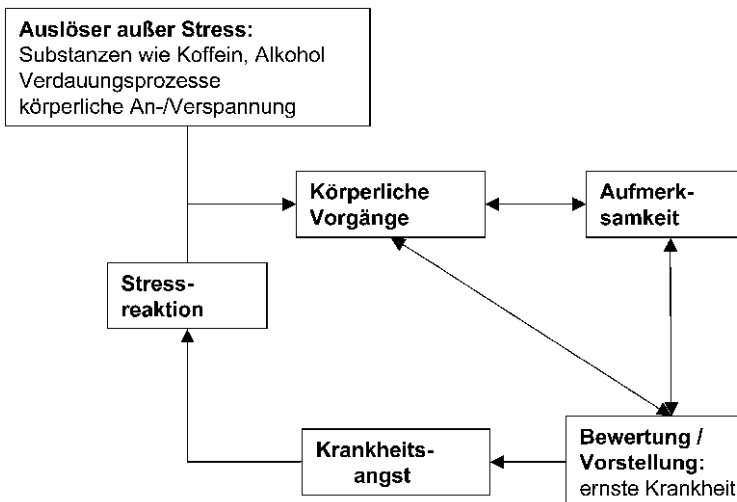


Abb. 3.5. Dritte Fassung des Erklärungsmodells: Weitere Auslöser für Beschwerden

Dieses Vorgehen stellt einen weiteren Schritt im Hinblick auf eine flexiblere Bewertung von körperlichen Empfindungen dar. Es ist auch meist gegensätzlich zu bisherigen Erfahrungen der Patienten. Patienten hören häufig, dass sie »nichts« haben oder »nicht krank« sind. Implizit wird ihnen damit die Botschaft vermittelt, dass ihre Wahrnehmung nicht stimmt und sie etwas wahrnehmen, das eigentlich gar nicht existiert. Nun werden alternative Erklärungen für bestehende körperliche Missempfindungen gesammelt, die eher ein psychophysiologisches Modell stützen. Auf diese Weise werden die Patienten in ihrem Bedürfnis, eine Erklärung zu finden, ernst genommen. Zugleich wird das organmedizinische Denken weiter in Frage gestellt.

Körperbezogene Vorstellungen über pathologische Prozesse oder Zustände

Neben den bisher genannten Einflussmöglichkeiten können auch bestimmte Gedanken oder Vorstellungen einen Einfluss auf körperliche Reaktionen haben. Dies kann mit dem Patienten anhand eines bekannten Verhaltensperiments erarbeitet werden, der im Folgenden beschriebenen Zitronenübung:

Therapie & Dialog

Zitronenübung (3-5 Min.)

Der Patient wird instruiert, eine bequeme Sitzhaltung einzunehmen und seine Augen zu schließen.

Therapeut: Ich möchte Sie bitten, sich nun etwas vorzustellen: Stellen Sie sich vor, dass vor Ihnen ein Tisch steht, und auf dem Tisch ein Brett mit einer Zitrone liegt. Neben dem Brett liegt ein Messer. Die Zitrone ist reif und gelb und glänzend. [3 Sek. Pause] Nehmen Sie die Zitrone in die linke Hand. [3 Sek. Pause] Nehmen Sie das Messer in die rechte Hand. Schneiden Sie die Zitrone in der Mitte durch. Dabei läuft Saft der Zitrone auf das Brett und über Ihre Finger. [3 Sek. Pause] Schneiden Sie von der einen Hälfte noch eine Scheibe ab. Ihre Finger kleben vom Zitronensaft. Sie riechen deutlich den sauren Geruch der Zitrone. [3 Sek. Pause] Nehmen Sie jetzt eine Zitronenscheibe in die Hand. Schauen Sie sie sich genauer an. Das Fruchtfleisch ist sehr saftig und glänzt. Falten Sie nun die Scheibe in der Mitte und führen Sie näher an den Mund. Der Zitronensaft tropft auf den Tisch und rinnt Ihnen über die Hände. Langsam führen Sie die Zitronenscheibe in den Mund. Beißen Sie nun in die Zitrone hinein. In dem Moment, in dem Ihre Zähne das Fruchtfleisch durchdringen, beginnt sich Zitronensaft in Ihrem Mund auszubreiten. Sie schmecken den säuerlichen Saft und bemerken, wie er sich von der Zungenspitze aus im Mund weiter verteilt. [10 Sek. Pause]

In den meisten Fällen schließt sich die Exploration fast automatisch an, da der Patient direkt berichtet, dass die Übung unangenehm gewesen sei und er dazu auch oft bereits körperliche Symptome anführt. Ist dies nicht der Fall, kann er gefragt werden, ob es ihm gelungen ist, sich die Zitrone vorzustellen. Darauf sollten körperliche Empfindungen exploriert werden. Üblicherweise stellt sich dabei ein starker Speichelfluss ein, begleitend kann auch leichte Übelkeit auftreten. Die Speichelproduktion erfüllt eine wichtige Funktion bei der Verdauung. Das heißt, der Körper reagiert auf etwas, was es aber nur in der Vorstellung gab. Körperliche Symptome können also auch Folgen gedanklicher Vorstellungen sein. Nun kann man den Patienten fragen, ob er weitere Beispiele nennen kann, bei dem die bloße Vorstellung körperliche Empfindungen oder Prozesse auslösen kann.

- ☺ Körperbezogene Vorstellungen können körperliche Prozesse und Empfindungen erzeugen und verstärken.

Die nachfolgende ■ Tab. 3.6 stellt verschiedene Beispiele von Vorstellungen und möglichen daraus folgenden körperlichen Empfindungen zusammen.

Diese Zusammenhänge zwischen Vorstellungen/Gedanken und körperlichen Empfindungen können auch mit Hilfe des Störungsmodells vertieft werden, indem ein Pfeil von »Gedanken« zu »körperliche Empfindungen« eingezeichnet wird (wie in ■ Abb. 3.5 bereits geschehen).

■ Tab. 3.6. Vorstellungen und ihre Konsequenzen

Krankheit	Vorstellung	mögliche Konsequenzen
Magenkrebs	Magenkrebs frisst sich durch die Magenschleimhaut.	erhöhte Magensäureproduktion, Verspannungen im Bauchbereich führen zu: Übelkeit, Magenkrämpfen
Knochenkrebs	Der Oberschenkelknochen wird vom Krebs zerfressen.	Verspannungen im Bereich des Oberschenkels, Einnehmen einer Schonhaltung führen zu: Schmerzen im Oberschenkel
Herzerkrankung	Das Herz ist schwer geschädigt und kann das Blut nicht richtig transportieren.	beschleunigter Herzschlag, Verkrampfung der Rippenmuskulatur, Veränderung der Atmung, führen zu: Herzstolpern, Schmerzen im Brustkorb, Atemnot
Kehlkopfkrebs	Der Kehlkopf ist angeschwollen und dies könnte zum Ersticken führen.	Verkrampfung der Speiseröhrenmuskeln, Veränderung der Atmung führen zu: Erstickungsgefühlen, Verstärkung des Globusgefühls

❗ Krank durch Krankheitsangst?

Wenn man mit Patienten erarbeitet, dass Vorstellungen über pathologische Prozesse körperliche Symptome produzieren können, entwickeln viele Patienten die Frage, ob man nicht auch allein durch die Vorstellung von einer schlimmen Erkrankung die Krankheit selbst entwickeln kann. Hier ist es sinnvoll, den Patienten mit einer kurzen Antwort zu beruhigen, wie z. B. »Es gibt keinerlei Hinweise aus der Wissenschaft, dass man durch die Angst vor einer Krankheit tatsächlich die Krankheit entwickeln kann.« Es handelt sich hierbei um eine wichtige Information, da die Patienten durch Populärliteratur oder unüberlegte Arztäußerungen (i.S.v. »Jetzt machen Sie sich mal nicht so viele Sorgen, sonst werden Sie noch wirklich krank!«) nicht selten andere Ideen haben.

Streng genommen gibt man dem Patienten damit aber auch eine Rückversicherung, weshalb man aufpassen sollte, dass solche beruhigenden Aussagen des Therapeuten nicht überhand nehmen. Weitere Hinweise zur Rückversicherung beim Therapeuten finden sich in ► Kap. 5.

3.2.4 Kognitive Umstrukturierung

Einführung der Bewertungen

Nach dem Störungsverständnis von Salkovskis (1996) lässt sich ein bedeutender Teil der Ängste durch das subjektiv hoch eingeschätzte Risiko erklären, eine ernsthafte Krankheit zu haben. Ziel der kognitiven Umstrukturierung ist es, diese subjektive Risikoeinschätzung zu hinterfragen und eine realistischere Einschätzung des Erkrankungsrisikos zu gewinnen.

Bevor die kognitive Umstrukturierung im eigentlichen Sinne behandelt wird, sollten einige Informationen zu Bewertungen und ihrer Veränderbarkeit vorgeschaltet werden. Das folgende Beispiel lässt zwei sehr unterschiedliche Bewertungen zu und ist deshalb gut geeignet, die Thematik einzuleiten. Je nachdem, wie diese Bewertungen ausfallen, werden auch weitere Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen gesteuert.

Beispiel mit sehr unterschiedlichen Bewertungsmöglichkeiten

Therapie & Dialog

Blumenbeispiel

Therapeut: Stellen Sie sich folgende Situation vor: Ein Mann kommt abends nach Hause und überreicht seiner Frau einen großen Strauß roter Rosen. In dem Moment, in dem die Frau ihren Mann erblickt, ändert sich ihr Gesichtsausdruck schlagartig. Was denken Sie, wie schaut die Frau? Was könnte die Frau denken, fühlen und wie könnte sie reagieren?

■ **Tab. 3.7.** Verschiedene Bewertungen der **Situation:** »Ein Mann bringt seiner Ehefrau Blumen mit.«

	Möglichkeit 1	Möglichkeit 2
Bewertungen	»Er liebt mich.«	»Er hat ein schlechtes Gewissen.«
	»Die Blumen sind sehr schön.«	»Das hat er noch nie gemacht. Er hat mich betrogen.«
Konsequenzen	Freude, Überraschung	Ärger, Trauer
	Umarmung, romantischer Abend	Streit

Entsprechend der ■ Tab. 3.7 sollen die beiden unterschiedlichen Bewertungsmöglichkeiten entwickelt werden. In der Regel ist es Patienten recht einleuchtend, dass der Abend dieses Ehepaars einen sehr unterschiedlichen Verlauf nimmt, je nachdem, was sich im Kopf der Frau bei der Blumenüberreichung abgespielt hat.

- ⊕ Bewertungen und Überzeugungen haben einen wesentlichen Einfluss darauf, wie es uns geht. Entsprechend der Gedanken werden Gefühle, Körperreaktionen und Verhaltensweisen gesteuert.

Nachdem dem Patienten die Bedeutsamkeit von Kognitionen verdeutlicht wurde, erfolgt nun die Übertragung des Beispiels auf das Thema Krankheitsangst. Es bietet sich an, den Patienten zu fragen, welche Bewertungen und Überzeugungen bei seiner Krankheitsangst eine Rolle spielen. Dabei sollten zwei Aspekte herausgearbeitet werden:

1. Körperliche Symptome werden als Krankheitszeichen bewertet.
2. Es besteht die Annahme, unter einer schlimmen Krankheit zu leiden.

Beide Aspekte sollen in aufeinander folgenden Schritten im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung bearbeitet werden. Der Patient wird vorab informiert, dass man sich nun gemeinsam verschiedene Möglichkeiten der Bewertung anschaut, genauso wie im Beispiel mit den Blumen zwei unterschiedliche Interpretationen möglich waren.

Alternative Bewertungen für Körpersymptome

Nachdem in den bisherigen Stunden eine Vielzahl von Erklärungen für körperliche Symptome gesammelt worden sind, sollen diese nun als alternative Bewertungen in Betracht gezogen werden. Eine gute Grundlage dafür bietet das ► Arbeitsblatt 12. Hier sollen in der linken Spalte aktuelle körperliche Beschwerden eingetragen werden. In der rechten Spalte wird zunächst die damit verknüpfte Krankheitsidee ergänzt. Im nächsten Schritt sollen dann alternative Bewertungen gefunden werden. Dabei hilft ggf. die Erinnerung an bisherige psychoedukative Inhalte: Aufmerksamkeitsfokussierung (► Kap. 3.2.1), Stress

möglichst viele Ursachen finden

harmlose Ursachen sind wahrscheinlicher

(► Kap. 3.2.2), dramatische Vorstellungen (► Kap. 3.2.3), weitere Auslöser (► Kap. 3.2.3).

► Arbeitsblatt 12 »Bewertungen von Symptomen«

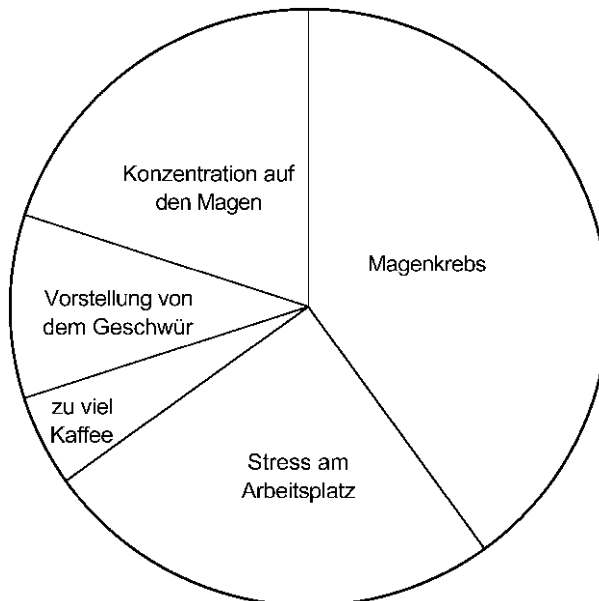
Bei dieser Intervention ist es nützlich, so viele potentielle Ursachen wie möglich zu finden, um den Erklärungsspielraum zu erweitern und so eine flexible Möglichkeit zu haben, sich von der pathologischen Bewertung zu distanzieren.

Nach Ausfüllen des Arbeitsblatts können die Wahrscheinlichkeiten der unterschiedlichen Bewertungen diskutiert werden. Eine gute Möglichkeit dazu bietet ein Kreisdiagramm. Der Patient wird gebeten, aus ► Arbeitsblatt 12 das Krankheitssymptom auszuwählen, das gegenwärtig das schlagkräftigste Argument für die Krankheitsangst darstellt. Dann soll er den verschiedenen Bewertungen, die er in die rechte Spalte eingetragen hat, ein Kuchenstück in einem Kreis zuteilen.

■ Abb. 3.6 zeigt ein mögliches Kreisdiagramm für das Symptom Magenschmerzen:

Üblicherweise wird den harmlosen Ursachen eine weit größere Wahrscheinlichkeit zugeordnet als den bedrohlichen. Durch die bildliche Darstellung der verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten gelingt es dem Patienten oft, eine andere, distanzierte Perspektive einzunehmen. Als Folge relativiert sich häufig die Wahrscheinlichkeit, in der das Symptom als Krankheitszeichen gesehen werden kann. Es empfiehlt sich, die Übung zu einem späteren Zeitpunkt nochmals zu wiederholen und die verschiedenen Kuchendiagramme zu vergleichen.

■ **Abb. 3.6.** Mögliche Ursachen für Magenschmerzen, Patientenbeispiel



Alternative Erklärungen für die Krankheitsüberzeugungen

Während bei der vorherigen Übung die Körpersymptome im Mittelpunkt stehen, ist nun die Krankheitsüberzeugung der zentrale Gegenstand der kognitiven Umstrukturierung. Möchte man diese in systematischer Weise durchführen, bietet das ► Arbeitsblatt 13 eine gute Hilfestellung.

► Arbeitsblatt 13 »Argumente für die Krankheit«

Es beginnt damit, dass der Patient die von ihm befürchtete Krankheit notiert. Falls sich die Ängste des Patienten auf mehrere mögliche Erkrankungen beziehen, sollte zunächst die Krankheit ausgewählt werden, von der der Patient am meisten überzeugt ist, sie zu haben. Danach sollte er die subjektive Wahrscheinlichkeit, dass er tatsächlich erkrankt ist, in das Kästchen eintragen. Hierbei können Werte zwischen 0 und 100% eingetragen werden. Diese Wahrscheinlichkeit schwankt bei Patienten üblicherweise sehr stark, weshalb sich der Patient auf die subjektive Empfindung in diesem Moment beziehen soll. Fällt es den Patienten trotzdem schwer sich festzulegen, kann auch ein Bereich (z. B. 40-60%) eingetragen werden. Dann sollte der Patient alle Argumente sammeln, die dafür sprechen, dass er die befürchtete Krankheit hat. Dies können Körpersymptome, aber auch ganz andere Argumente sein. Dem Patienten sollte verdeutlicht werden, dass diese Argumente die Grundlage seiner Ängste darstellen. Eine genaue Betrachtung dieser Argumente ist deshalb notwendig und in keiner Weise selbstverständlich. Der Therapeut sollte den Patienten darin unterstützen, möglichst alle Argumente zu »entdecken«, die für ihn von Bedeutung sind. Nachfolgend sind einige Fragen aufgeführt, die bei der Exploration von Nutzen sein können:

Sammeln von Argumenten für die Krankheit

Therapie & Dialog

Explorationsfragen

- Warum glauben Sie, dass gerade Sie diese Erkrankung haben könnten?
- Welche Hinweise außer den körperlichen Symptomen gibt es noch für die Erkrankung?
- Gibt es Lebensumstände, die Sie von Menschen unterscheiden, die ein niedrigeres Risiko haben?
- Gibt es Verhaltensweisen, die Ihr Risiko bezüglich der Erkrankung erhöhen?
- Gab es Lebensumstände, die das Risiko erhöht haben?
Hat Ihr Partner das gleiche Risiko? Warum?/Warum nicht?
Haben Ihre Geschwister das gleiche Risiko? Warum?/Warum nicht?

magisches Denken

Es ist wichtig, alle relevanten Argumente zu sammeln. Nur Argumente, die der Patient nennt, können danach auch umstrukturiert werden. Es kommt auch vor, dass Patienten einige Argumente nicht sofort erwähnen können oder möchten, weil sie ihnen beispielsweise peinlich sind. Dies sind häufig Argumente, die unter die Kategorie »magisches Denken« fallen. So war z.B. eine Patientin insgeheim davon überzeugt, dass sie krank ist, da sie sich anderen gegenüber ungerecht verhalten habe und die Krankheit eine Art »ausgleichende Gerechtigkeit« darstellt. Diese Überzeugung hatte auch Auswirkungen auf das Verhalten der Patientin. Sie versuchte, sich ihren Mitmenschen gegenüber besonders freundlich zu verhalten, wenn Krankheitsängste akut wurden. Durch eine empathische Haltung und interessiertes Nachfragen gelingt es häufig, auch an solche Kognitionen zu gelangen.

Es ist durchaus sinnvoll, dem Thema »Argumente für die Krankheit« eine vollständige Therapiestunde zu widmen. Zum Einen sind den Patienten einige Argumente nicht sofort bewusst. Zum Anderen zeigt sich, dass es nachfolgend einfacher ist, Gegenargumente zu sammeln und intensiv darüber nachzudenken, warum man gesund sein könnte, wenn zuvor den Pro-Argumenten genug Raum gegeben wurde. Auch als Hausaufgabe sollten die Patienten überlegen, ob ihnen noch weitere Gründe einfallen.

Nach ausreichender Exploration der Pro-Argumente kann die eigentliche kognitive Umstrukturierung erfolgen. Hierzu sollten die Argumente des Patienten aufgegriffen und hinterfragt werden. Der »Denkfehler« bei diesen »logischen« Argumenten besteht jedoch meist in einer Überschätzung des Risikos. Wenn z.B. eine Patientin aufgrund ihrer hellen Haut davon ausgeht, dass ihr Risiko für Hautkrebs erhöht ist, stimmt dies zwar, rechtfertigt jedoch nicht ihre Überzeugung, mit 80%iger Wahrscheinlichkeit Hautkrebs zu haben. Folgende Fragen helfen, die Krankheitsüberzeugungen in Frage zu stellen.

in Frage stellen der Überzeugung

Therapie & Dialog

Fragen zur sokratischen Gesprächsführung

- Entspricht das genau der Realität?
- Woran machen Sie das fest?
- Wie kommen Sie darauf?
- Woher wissen Sie das?
- Welche Beweise haben Sie dafür?
- Was haben die Ärzte gefunden?
- Was würden Sie sagen, wenn ein anderer so denkt?
- Sehen das andere auch so?
- Was würden Sie einem Freund sagen, der so argumentiert?
- Könnte man das auch anders sehen?
- Sind Sie sicher?

Beispielhaft erfolgt eine kognitive Umstrukturierung eines Arguments im folgenden Dialog.

Therapie & Dialog

Disputation von Krankheitsängsten

Die 36jährige Bankkauffrau ist aufgrund von häufig auftretendem Schwindel gegenwärtig zu 80% davon überzeugt, einen Hirntumor zu haben.

Patientin: Ich habe den Schwindel doch schon so lange, das kann ja nur ein Hirntumor sein.

Therapeut: Sie glauben also, dass die Tatsache, dass Sie den Schwindel schon länger haben, ein Argument dafür ist, dass Sie einen Hirntumor haben?

Patientin: Ja, wäre es etwas Harmloses, dann wäre es schon weg.

Therapeut: Woher wissen Sie das?

Patientin: Als ich das erste Mal wegen des Schwindels bei meinem Hausarzt war, sagte er mir, es sei gut, dass ich zur Abklärung komme, Schwindel müsse abgeklärt werden, da z.B. auch etwas Ernsthaftes wie ein Tumor Schwindel hervorrufen kann.

Therapeut: Hat er auch gesagt, dass lang anhaltender Schwindel ein Hinweis auf einen Hirntumor darstellt?

Patientin: Nein, er sagte vielmehr, dass im Falle eines Hirntumors der Schwindel immer stärker werden müsste und auch andere Symptome dazu kommen müssten, wie z.B. starke Kopfschmerzen.

Therapeut: Ist das bei Ihnen der Fall?

Patientin: Nicht so richtig. Manchmal habe ich Kopfschmerzen, ja. Nicht so starke.

Therapeut: Hat Ihr Hausarzt Ihnen denn gesagt, dass er glaubt, dass ein Tumor die Ursache Ihres Schwindels ist?

Patientin: Nein, er sagte, wahrscheinlich beobachte ich mich zu genau. Aber vielleicht will er mich nur beruhigen und verschweigt mir, dass ich einen Hirntumor habe?

Therapeut: Wie kommen Sie darauf?

Patientin: Man kann bei einem Hirntumor ja sowieso nichts mehr machen.

Therapeut: Stimmt das, dass man bei einem Hirntumor nichts mehr machen kann? Was würden die Ärzte machen, wenn Sie vermuten würden, Sie hätten einen Hirntumor?

Patientin: Na ja, erst einmal würden sie genau nachprüfen wo der Hirntumor ist.

Therapeut: Wie würden sie das machen?

Patientin: Wahrscheinlich mit einer Computertomographie.

Therapeut: Was würde dann geschehen?



Patientin: Wenn sie einen Tumor ausmachen, würden sie überlegen, ob man operieren kann.

Therapeut: Warum würden sie das machen?

Patientin: Einige Tumore lassen sich operativ entfernen.

Therapeut: Also könnte man bei einem Hirntumor doch etwas machen?

Patientin: Die Ärzte würden zumindest alles versuchen.

Therapeut: Was würden die Ärzte dann machen, nachdem sie den Tumor ausgemacht haben?

Patientin: Sie würden operieren und entweder man hat Glück oder eben nicht.

Therapeut: Also wenn ich das Vorgehen richtig verstehe, würde man eine genaue Diagnostik mit einer Computertomographie machen, dann würde man evtl. operieren und es gäbe eine Chance, dass der Tumor entfernt würde. Stimmt das so?

Patientin: Ich bin kein Arzt, aber so stelle ich es mir vor.

Therapeut: Ist das realistisch, dass Ihnen Ihr Arzt eine Chance auf Heilung vorenthält, wenn er denkt, dass Sie einen Tumor haben?

Patientin: Eigentlich nicht. Er würde bestimmt alles versuchen, was möglich ist.

Therapeut: Warum sollte er dann in Bezug auf die Ursachen des Schwindels die Unwahrheit sagen?

Patientin: Ja, das ist irgendwie unlogisch.

Therapeut: Kann Ihr Argument: »Weil der Schwindel schon seit sechs Monaten besteht, ist das ein Beweis für einen Hirntumor.« noch so stehen bleiben?

Patientin: Nicht ganz. Mein Arzt hätte mich sonst wahrscheinlich zum Neurologen überwiesen, außerdem sagte er, dass es bedenklich wäre, wenn der Schwindel stärker werden würde. Aber eigentlich ist er gleich geblieben ...

Schon während der Umstrukturierung ergeben sich häufig eher Argumente, die für den guten Gesundheitszustand des Patienten sprechen. Aus dem Beispieldialog lassen sich folgende Argumente festhalten: der Arzt stellte keinen pathologischen Befund, es fehlen Symptome wie ausgeprägte Kopfschmerzen, die Symptomatik hat sich nicht verschlechtert und die Patientin beobachtet sich sehr genau. Weitere Argumente für die »gute Gesundheit« des Patienten werden mit Hilfe von ► Arbeitsblatt 14 erarbeitet.

► ► Arbeitsblatt 14 »Hinterfragen der Krankheitsannahmen«

Mit Hilfe der Fragen auf ► Arbeitsblatt 14 sollten möglichst alle Argumente gesammelt werden, die für die Gesundheit des Patienten und gegen die ernsthafte Krankheit sprechen. Allgemeine Argumente sind beispielsweise Ergebnisse medizinischer Untersuchungen, eine niedrige Prävalenz der Erkrankung, keine genetische Vorbelastung, Fehlen von Risikoverhaltensweisen oder Widersprüchlichkeiten in der Symptomatik (z.B. Symptome treten im Urlaub nicht auf). Die Gegenargumente können in ► Arbeitsblatt 15 eingetragen werden.

Argumente gegen die Krankheit

► Arbeitsblatt 15 »Argumente gegen die Krankheit«

Sind alle Argumente gesammelt, soll der Patient wieder einschätzen, wie wahrscheinlich die Krankheitsannahme ist. Dies kann wieder ins Kästchen auf ► Arbeitsblatt 15 eingetragen werden, das dann mit dem auf ► Arbeitsblatt 13 verglichen wird. Dadurch wird überprüft, ob sich bezüglich der Überzeugung krank zu sein etwas verändert hat. Häufig verändert sich die Zahl erst nach mehreren Disputationen wesentlich. Ziel sollte es sein, eine Erklärung zu finden, von der der Patient überzeugt ist als von der vorherigen, da diese »neue« Erklärung alle Argumente berücksichtigt. Es kann sinnvoll sein, die Argumente zu gewichten und den Einfluss der einzelnen Faktoren auf die Krankheit bzw. Gesundheit herauszuarbeiten. So steigt z. B. das Hautkrebsrisiko aufgrund heller Haut nicht um den Faktor 1.000.000. Außerdem ist die Qualität der meisten medizinischen Diagnoseverfahren sehr gut, so dass Falsch-Negativ-Diagnosen (Patient wird für gesund befunden, obwohl er die Krankheit hat) recht unwahrscheinlich sind. Um zu fördern, dass der Patient sich immer mehr von seinen Krankheitsannahmen löst, empfiehlt es sich, einen oder mehrere Alternativ-Sätze entwickeln zu lassen, die er den Krankheitsannahmen entgegensetzt. Die Sätze können unten in ► Arbeitsblatt 15 eingetragen werden. Typische Beispiele für solche Alternativ-Sätze sind:

Beispiel

- Meine Magenschmerzen sind eine Folge von Stress und Konzentration auf den Bauch. Magenkrebs habe ich wahrscheinlich nicht.
- Wenn ich einen Gehirntumor hätte, hätten die Ärzte ihn schon längst gefunden.
- Meine Beschwerden sind seit drei Jahren fast konstant. Das kann kein Lungenkrebs sein.

Die Disputation kann positiv abgeschlossen werden, wenn die Argumente für die Gesundheit überwiegen, die Argumente für die Erkrankung an Gewicht verloren haben und ein Alternativ-Satz gefunden wur-

Wiederholung der Disputation

de, dem der Patient zumindest teilweise Glauben schenken kann. Üblicherweise ist nicht damit zu rechnen, dass der Patient nach der ersten Disputation seine krankheitsbezogene Überzeugung vollständig aufgibt. Viel eher führt eine wiederholte Disputation dazu, dass die Krankheitsüberzeugungen langsam zu »bröckeln« anfangen. In einigen Fällen bietet es sich auch an, den Patienten zu einer zielgerichteten Recherche anzuregen. Beispielsweise kann er bis zur nächsten Sitzung nachschauen, wie hoch das Risiko für die befürchtete Krebserkrankung tatsächlich für jemanden wie ihn ist. Dabei besteht natürlich die Gefahr weiterer Beunruhigung durch die Informationssuche, weshalb eine solche Recherche möglicherweise als Exposition behandelt werden muss (► Kap. 3.3.6).

Auch wenn die Patienten rational gesehen von ihrer alternativen Erklärung überzeugter sind, ist es jedoch häufig schwer für sie, diese Erklärung »gefühlsmäßig« anzunehmen. Hierfür sollte der Therapeut Verständnis zeigen und argumentieren, dass dieses Gefühl aus vorherigen Erfahrungen oder der gewohnheitsmäßigen Art, Symptome zu bewerten, resultiert. Das »Gefühl« hinkt dabei dem Verstand meist hinterher. Je häufiger sich jedoch der Verstand mit den Gegenargumenten für die Krankheitsüberzeugung beschäftigt, desto schneller wird auch das Gefühl »nachziehen«.

☒ Zum Abschluss der kognitiven Umstrukturierung sollte der Krankheitsüberzeugung ein Alternativ-Satz gegenübergestellt werden, den der Patient schriftlich für sich festhält.

Damit solche Alternativ-Sätze immer mehr Gewicht bekommen und zur gewohnten und somit »gefühlsmäßig« akzeptierten Erklärung werden, soll sich der Patient diese immer wieder vor Augen führen. Zur Verdeutlichung, dass eine alternative Erklärung irgendwann zur Gewohnheit werden kann, bietet sich folgendes Beispiel an.

Änderung von Gewohnheiten

Therapie & Dialog

Küchenschrankbeispiel

Therapeut: Manchmal ist es gar nicht so einfach neue Denkweisen in den Alltag einzubringen, selbst wenn wir von den neuen Denkweisen eigentlich überzeugter sind, als von den alten. Hierzu ein Beispiel:

In Ihrer Küche sind Ihre Wassergläser jahrelang auf der rechten Seite in einem Schrank zu finden. Stellen Sie sich vor, Sie hängen einen Küchenschrank um. Nun sind die Wassergläser nicht mehr auf der rechten Seite, sondern auf der linken zu finden. Würde es Ihnen auch so gehen, dass Sie sich anfangs immer noch zur rechten Seite wenden, wenn Sie ein Glas suchen? Nach einiger Zeit gewöhnen Sie



sich daran, dass die Gläser auf der linken Seite sind und es wird zur Gewohnheit.

Vielleicht passiert es auch einmal, zu einem Zeitpunkt, an dem Sie sich schon ganz gut an den neuen Standort der Gläser gewöhnt haben, dass Sie es sehr eilig haben und dass Sie noch schnell, bevor Sie weggehen, etwas trinken wollen. Dann könnte es passieren, dass Sie sich geistesabwesend und automatisch zur gewohnten rechten Seite wenden, um ein Glas zu holen.

Dieses Beispiel zeigt, dass es schwierig ist Gewohnheiten aufzugeben und dass es ganz normal ist, in alte Gewohnheiten zurückzufallen. Wenn Sie allerdings über lange Zeit die Gläser auf der linken Seite haben, würde es irgendwann auch zur Gewohnheit werden, sich zur linken Seite zu wenden.

Ebenso ist es mit Ihren Bewertungen. Krankheitsbezogene Bewertungen wurden bei Ihnen zur Gewohnheit. Es ist jedoch auch möglich, hilfreichere Bewertungen einzuüben, bis diese irgendwann zur Gewohnheit und fester Bestandteil Ihres Lebens werden. Allerdings bedarf es dazu der Übung.

Um es den Patienten zu erleichtern, die alternativen Erklärungen zur Gewohnheit werden zu lassen, können verschiedene kognitiv-behaviorale Techniken verwendet werden:

Integration alternativer Denkweisen in den Alltag

1. Wiederholung der kognitiven Umstrukturierung »Erklärung für körperliche Beschwerden«: Mit Hilfe des ► Arbeitsblatts 12 »Bewertungen von Symptomen« sollte bei ausgeprägter Sorge um die Ursache von Körpersymptomen die befürchtete Krankheit, aber auch harmlose Alternativen niedergeschrieben werden.
2. Wiederholung der kognitiven Umstrukturierung zur Krankheitsüberzeugung: Stehen Krankheitsängste im Vordergrund, sollten anhand der Arbeitsblätter 13 bis 15 Argumente für und gegen die Befürchtung notiert werden. Wurde die Übung bereits häufiger gemacht, genügt die Bearbeitung der Gegenargumente auf ► Arbeitsblatt 15.
3. Nutzung von Hinweisreizen: Zur Gewöhnung an die Alternativsätze können verschiedene Hinweisreize in der Umwelt benutzt werden, um sich häufig an diese zu erinnern: Ist man im Verkehr unterwegs, könnte man das Warten an jeder roten Ampel nutzen, um sich an seinen Alternativ-Satz zu erinnern. In der Woh-



nung können bunte Punkte verteilt werden – immer, wenn man diese sieht, soll man sich an den Alternativ-Satz erinnern.

4. Alternativ-Sätze leicht sichtbar aufstellen: Der Satz kann auf eine Karte geschrieben werden, die an einem Ort aufgehängt wird, an dem man sie häufig sieht, z. B. der Toilette. Eine moderne Möglichkeit ist die Nutzung der Sätze als Bildschirmschoner am Computer oder Mobiltelefon.
5. Entspannungsübung mit Alternativsatz: Der Alternativsatz kann in die Abschlussphase der Entspannungsübung integriert werden. Bevor der Patient die Entspannung beendet, kann er noch einige ruhige Atemzüge nehmen und seinen Alternativ-Satz laut oder in Gedanken aussprechen.
6. Gedankenstopp: Tauchen wiederkehrende Grübeleien auf, mit denen sich der Patient bereits auseinandergesetzt hat, kann er laut oder für sich »Stopp« sagen. Dies wird unterstützt dadurch, dass sich der Patient auch bildlich ein Stopp-Schild vorstellt.

Diese Übungen werden auf ► Arbeitsblatt 16 (2 Seiten) für die Patienten beschrieben.

► ► Arbeitsblatt 16 »Gedanken in den Griff bekommen ...«

Diskussion der hundertprozentigen Sicherheit

Jeder Mensch hätte gern die hundertprozentige Sicherheit, dass problematische Situationen immer einen positiven Ausgang haben. So wünscht man sich auch eine Sicherheit, gesund zu sein. Der Wunsch nach einer hundertprozentigen Sicherheit ist nachvollziehbar. Die Suche nach einer hundertprozentigen Sicherheit, die Patienten zumeist durch das im Folgenden thematisierte sicherheitssuchende Verhalten erreichen möchten, kann jedoch niemals erfolgreich sein. Einigen Patienten fällt es schwer damit zu leben, wenn auch nur die geringste Möglichkeit besteht, die befürchteten Krankheiten zu haben. Sie tun alles, um eine absolute Sicherheit zu bekommen, nicht krank zu sein. Nach ärztlichen Untersuchungen kommt schnell der Gedanke auf, dass etwas Wichtiges übersehen worden sein könnte. Bei jedem hypochondrischen Patienten sollte deshalb das Streben nach der absoluten Sicherheit diskutiert werden. Die Diskussion kann mit der folgenden Frage eingeleitet werden:

**absolute Sicherheit
unmöglich**

Therapie & Dialog

Fragen zur Diskussion des Sicherheitsbedürfnisses

Was kann Ihnen die hundertprozentige Sicherheit geben, dass Sie die Krankheit xy **nicht** haben?

Der Therapeut sollte die Position eines Kritikers einnehmen und hinterfragen, ob die von dem Patienten genannten Maßnahmen wirklich die erwünschte Sicherheit bringen, die er sich erhofft. Nachfolgend wird ein Dialog wiedergegeben, bei dem der Therapeut die Rolle dieses Kritikers einnimmt.

Therapie & Dialog

Diskussion des Sicherheitsbedürfnisses

Patient: Wenn ich nochmals ein Langzeit-EKG bekommen würde, dann könnte ich mir sicher sein, dass ich keine Herzerkrankung habe.

Therapeut: Wer könnte Ihnen denn so eine Sicherheit geben?

Patient: Vielleicht ein absoluter Spezialist in einer Spezialklinik.

Therapeut: Und dieser Spezialist könnte dann nichts mehr übersehen?

Patient: Na ja, vielleicht würde sogar der Spezialist noch etwas übersehen. Aber das würde mich zumindest ein Stück beruhigen.

Therapeut: Wie gut beruhigt Sie das? Sie hatten doch schon zuvor Untersuchungen, wie lange haben diese Sie beruhigt?

Patient: Meist war ich einige Wochen beruhigt.

Therapeut: Und dann?

Patient: Dann geht alles wieder von vorne los.

Therapeut: Gibt es etwas, dass Sie langfristig hundertprozentig beruhigen würde?

Patient: Ich glaube nicht.

Danach stellt sich die Frage, mit wie viel Sicherheit der Patient sich zufrieden geben kann. Die Entscheidung darüber, ob er weiterhin alles unternehmen will, um mehr Sicherheit zu bekommen oder ob er sich z.B. mit einer 95%igen Sicherheit, gesund zu sein, zufrieden gibt, bietet eine gute Überleitung zum verhaltensorientierten Therapieabschnitt (► Kap. 3.3). Ergänzend kann betrachtet werden, wie der Patient in anderen Lebensbereichen mit Unsicherheiten umgeht? Fährt er Auto? Fährt er schneller als 100 km/h? Was wäre wenn er in allen Lebensbereichen eine hundertprozentige Sicherheit erreichen wollte?

- ⊕ Krankheitsängstliche Patienten streben nach der absoluten Sicherheit, gesund zu sein. Leider kann einem aber nichts diese Sicherheit geben. Die eingesetzten Strategien auf der Suche nach Sicherheit, wie z. B. weitere medizinische Untersuchungen, führen alle nicht dazu, dass das Ziel erreicht wird. Letztendlich muss der Betroffene lernen, mit dem Restrisiko zu leben.

sicherheitssuchendes Verhalten

jeweils ähnliches Vorgehen

3.3 Verhaltensorientierter Schwerpunkt

Das vorherige Kapitel vermittelte Erklärungen sowie Bewältigungsmöglichkeiten für körperliche Beschwerden und lieferte eine Anleitung, die Krankheitsannahmen von Patienten in Frage zu stellen. Der zweite Schwerpunkt bezieht sich nun im Wesentlichen auf Verhaltensweisen der Patienten, die zur Aufrechterhaltung der Krankheitsängste beitragen. Diese Verhaltensweisen werden, wie vielerorts in der Literatur zu finden, mit der Überschrift »sicherheitssuchendes Verhalten« zusammengefasst. Ziel der nachfolgend beschriebenen Interventionen ist es, sicherheitssuchendes Verhalten abzubauen und es den Patienten so zu ermöglichen, Krankheitsängste langfristig zu bewältigen. Unter dem Begriff »sicherheitssuchendes Verhalten« werden alle Verhaltensweisen zusammengefasst, die dem Patienten eine kurzfristige Reduktion seiner Krankheitsangst verschaffen.

Die drei wichtigsten Komponenten dabei sind Body Checking, Rückversicherung und Vermeidung. Das therapeutische Vorgehen für diese einzelnen Varianten sicherheitssuchenden Verhaltens unterscheidet sich dabei nur wenig: Zunächst werden kurz- und langfristige Konsequenzen der Verhaltensweisen gesammelt. Dabei sind die kurzfristigen Konsequenzen in der Regel vorteilhaft, die langfristigen Konsequenzen aber ungünstig. Die Gegenüberstellung dient dazu, dass der Patient sowohl dafür Verständnis bekommt, warum er diese Verhaltensweisen einsetzt als auch dafür, dass diese zur Aufrechterhaltung der Krankheitsangst beitragen und in Zukunft eine Reduktion angestrebt werden sollte. Nach dieser Psychoedukation ist es sinnvoll, vom Patienten eine Entscheidung zu erwirken, das Verhalten zu reduzieren. Nach dieser Absichtserklärung werden unterstützende Maßnahmen besprochen, und der Therapeut begleitet den Prozess von der Absicht bis zur erfolgreichen Umsetzung.

Dabei kommt den Methoden der Konfrontation und Reaktionsverhinderung eine besondere Bedeutung zu. Bei Krankheitsängsten sind meist eine Vielzahl von Konfrontationen möglich. Wir verwenden den Begriff der Konfrontation für alle Übungen, in denen der Patient aktiv ängstigende Situationen aufsucht. Nicht bei allen Konfrontationsübungen ist das primäre Ziel eine Habituation, und es ist auch nicht immer möglich, diese zu erreichen.

3.3.1 Body Checking (Körper kontrollieren)

Zunächst ist der Begriff Body Checking einzuführen und zu erklären. Selbstverständlich kann genauso gut der Ausdruck »Körper kontrollieren« verwendet werden. Wenn dies dem Patienten vermittelt wird, muss häufig zwischen Body Checking und regelmäßigen Vorsorgeunter-

suchungen (zum Beispiel Abtasten der weiblichen Brust einmal im Zyklus), die allgemein zur Prävention empfohlen werden, unterschieden werden. Im Einzelfall können sich Body Checking und Vorsorgeuntersuchungen nur in der Häufigkeit unterscheiden, in denen man diese ausführt.

Therapie & Dialog

Einführung zum Body Checking

Therapeut: Wenn man Krankheitsangst hat, versucht man, seine möglichen Krankheitszeichen zu beobachten und aufzupassen, dass nicht noch weitere Symptome dazu kommen. Viele Menschen mit Krankheitsangst kontrollieren deshalb ihren Körper. Das kann auf recht unterschiedliche Art und Weise geschehen, der Zweck ist aber immer das Überprüfen des Körpers auf Krankheitszeichen. Man kann dieses Verhalten auch als Body Checking (aus dem Englischen: den Körper kontrollieren) bezeichnen. Es kann zum Beispiel sein, dass man die Pulsrate kontrolliert, das Gewicht nachprüft, die Haut untersucht, Körperteile abtastet, den Blutdruck misst oder versucht, sich unsinnige Dinge zu merken, um zu prüfen, ob das Gedächtnis noch richtig funktioniert. Je nach Körpersymptom und Krankheitsannahme gibt es ganz verschiedene Möglichkeiten, seinen Körper zu überwachen und zu untersuchen. Manche Überwachungsstrategien sind gleich als solche erkennbar, andere können aber auch sehr versteckt ablaufen. Gerade, wenn man etwas schon sehr lange und häufig tut, kann die Kontrolle fast automatisch geschehen. Kennen Sie solche Verhaltensweisen von sich?

Der Patient kann nun überlegen, ob und wie er seinen Körper kontrolliert. Eine anschauliche Hilfe dazu bieten die ► Arbeitsblätter 17a und 17b. ► Arbeitsblatt 17a stellt den menschlichen Körper dar. Auf ► Arbeitsblatt 17b sind die wichtigsten inneren Organe verzeichnet. An die betreffenden Körperbereiche soll die Art und die Häufigkeit der Selbstuntersuchung geschrieben werden. Z.B. kann ein Patient, der täglich etwa viermal seinen Puls kontrolliert, einen Kreis um eines der Handgelenke auf ► Arbeitsblatt 17a machen und daneben »4-mal am Tag Puls kontrollieren« notieren. Ein Patient, der jeden Morgen versucht, seinen Darm zu ertasten, umkreist die Darmregion auf ► Arbeitsblatt 17b und notiert daneben »1-mal am Tag nach Geschwüren tasten«. Im Einzelfall mag es bei einem Patienten keinerlei Body Checking geben, in einigen Fällen können aber auch viele verschiedene Verhaltensweisen vorliegen.

► ► Arbeitsblätter 17 a und 17 b »Body Checking«

Body Checking verschreiben

Nachdem die Selbstuntersuchungen für den Patienten in Form und Frequenz transparent geworden sind, sollte er danach Aufschluss darüber bekommen, aus welchen Gründen er das Verhalten ausführt und warum es sinnvoll sein könnte, es zu unterlassen. Eine gute Möglichkeit dazu bieten Verhaltensexperimente. So kann der Patient gebeten werden, das Verhalten bis zur nächsten Sitzung dreimal so häufig auszuführen. Alternativ kann auch während der Sitzung das Kontrollverhalten besonders exzessiv ausgeführt werden, z. B. soll eine Patientin, die mehrfach täglich schluckt, um ihren Kehlkopf zu überprüfen, dies in der Sitzung zehn Mal nacheinander tun. Wesentliche Erkenntnis dieser Verhaltensexperimente ist es zumeist, dass das Verhalten selbst zu Symptomen führt. So führt das Schlucken z. B. zu einem Globus- oder »Fremdkörpergefühl«. Wenn Patienten das Kontrollverhalten als Hausaufgabe extrem häufig durchführen, stellt sich danach häufig eine distanziertere Haltung dazu ein, und die Patienten äußern sich nicht selten verärgert über das eigene Verhalten.

In der Folge kann eine Gegenüberstellung kurz- und langfristiger Konsequenzen vorgenommen werden, möglichst auf dem Flipchart. Als kurzfristige Konsequenz lässt sich dabei herausarbeiten, dass sich nach dem Kontrollverhalten oft eine Reduktion von Angst oder Unsicherheit einstellt. Jedoch geschieht auch ab und zu das Gegenteil: Man entdeckt Neuigkeiten an seinem Körper, die zu einer erhöhten Beunruhigung führen. Mögliche langfristige Konsequenzen sind vielfältig:

Langfristige Konsequenzen von Body Checking

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

Es fällt auf, dass in der Regel fast alle kurzfristigen Konsequenzen positiv, fast alle langfristigen Konsequenzen negativ sind. Es kann also zusammengefasst werden, dass Body Checking langfristig zur Auf-

rechterhaltung und Verschlimmerung der Krankheitsängste beiträgt. Wenn man Body Checking bewusst und transparent macht, ist den meisten Patienten zu einem fortgeschritteneren Zeitpunkt der Therapie bereits häufig bewusst, dass dieses Verhalten dysfunktional ist und deshalb (bis auf ein sinnvolles Maß von Vorsorgeuntersuchungen) eingestellt werden sollte. Eine einfache Frage wie z. B. »Was denken Sie, wie es mit den Selbstuntersuchungen weitergehen sollte?« führt zumeist zum gewünschten Ziel. Tut ein Patient sich schwerer, kann man ihn bitten zu entscheiden, ob er in Zukunft im Sinne der kurzfristigen oder im Sinne der langfristigen Konsequenzen handeln möchte. Fällt einem Patienten die Entscheidung schwer, sollte er gebeten werden, dies bis zum nächsten Termin zu überlegen. Dabei sollten die schriftlich festgehaltenen Konsequenzen einbezogen werden (ggf. Flipchart-Papier mitgeben).

Auch wenn einem Patienten die Einsicht leicht fällt, dass Body Checking ungünstig ist, und er sich schnell für eine sinnvolle Reduktion entscheiden kann, ist es nicht realistisch, dass er das unerwünschte Verhalten von heute auf morgen vollständig unterlässt. ► Arbeitsblatt 18 kann dazu verwendet werden, die Reduktion von Selbstuntersuchungen zu planen. Auf diese Weise ist es möglich festzuhalten, wie oft eine bestimmte Selbstuntersuchung bisher unternommen wurde und wie oft es normalerweise sinnvoll wäre, diese Selbstuntersuchung durchzuführen. Außerdem soll dort in der letzten Spalte notiert werden, was den Patienten dabei unterstützen kann, Body Checking zu reduzieren.

► ► Arbeitsblatt 18 »Veränderung des Body Checking«

Die Reduktion von Body Checking stellt für die Patienten meist eine große Herausforderung dar. Bisher in der Therapie angesprochene Strategien wie z. B. Aufmerksamkeitsumlenkung oder Entspannungstraining waren vergleichsweise einfacher anwendbar. Die Schwierigkeit beim Body Checking besteht nun darin, oftmals hoch automatisiert ablaufende Verhaltensweisen zu unterlassen. In der nachfolgenden ■ Tab. 3.8 sind deshalb als Hilfestellung einige Möglichkeiten aufgeführt, die es dem Patienten erleichtern können, Body Checking zu reduzieren und letztendlich zu unterlassen.

Eine ausführliche, vereinfachte Formulierung der ■ Tab. 3.8 bietet ► Arbeitsblatt 19. Das Blatt ist bewusst so gehalten, dass es auch für anderes sicherheitssuchendes Verhalten verwendet werden kann.

► ► Arbeitsblatt 19 »Was kann mir helfen, sicherheitssuchendes Verhalten zu reduzieren?«

Bis zur nächsten Therapiesitzung wird der Patient gebeten, Erfahrungen mit seinen Versuchen, Body Checking zu reduzieren, zu sammeln. In

Erwirkung einer Entscheidung

Umsetzung ist schwer

■ **Tab. 3.8.** Strategien, die die Reduktion von sicherheitssuchendem Verhalten erleichtern können

Strategie	Umsetzung
Gedankenstopp	Sobald der Impuls beim Patienten entsteht, seinen Körper zu kontrollieren, soll der Patient sich laut »Stopp« sagen/denken oder sich ein Stoppschild vorstellen.
Aufschieben	Wenn der Patient einen ausgeprägten Impuls zur Selbstkontrolle spürt, soll er diesen eine möglichst lange (zu vereinbarende) Zeit, z. B. eine Stunde aufschieben und erst dann ausführen.
Alternativhandlung/ Entspannungs- übung	Anstelle der Selbstuntersuchung kann der Patient eine Alternativhandlung durchführen (z.B. tief durchatmen). Später kann der Patient diese Alternativhandlung leichter aufgeben als die ursprüngliche Selbstuntersuchung. Alternativ kann der Patient auch eine Entspannungsübung machen.
Aufschreiben	Anstatt der Selbstuntersuchung soll der Patient jedes Mal, wenn der Impuls auftritt, die Handlung aufschreiben. Ebenso sollte jede Selbstuntersuchung, die trotzdem ausgeführt wurde, in einem Protokoll festgehalten werden.
»Bestrafung«	Wenn der Patient eine Selbstuntersuchung durchführt, soll er etwas Aversives tun (z.B. zehn Kniebeugen oder einen Betrag spenden).

der darauf folgenden Therapiestunde werden die Schwierigkeiten bei der Umsetzung besprochen. Bei einigen Patienten verstärken sich bestehende Befürchtungen (z.B.: Wenn ich die Leberflecke nicht ständig kontrolliere, könnte sich unerkannt Hautkrebs bilden.). Bei derartigen Überzeugungen ist eine Diskussion über die realistischen Anteile der Gedanken (z. B.: Können Sie Hautkrebs von harmlosen Flecken unterscheiden?) einerseits und die gewohnheitsmäßigen bzw. automatisierten Anteile andererseits hilfreich. Oft ist es auch sinnvoll, noch einmal auf die Liste kurz- und langfristiger Konsequenzen zurückzukommen. Evtl. können weitere Konsequenzen ergänzt werden. Auch wenn in den folgenden Stunden andere Verhaltensweisen den Schwerpunkt einnehmen, sollte immer wieder auf das Kontrollverhalten des Körpers zurückgekommen werden, da der Veränderungsprozess einige Zeit benötigt.

3.3.2 Rückversicherung bei Ärzten

Ein Kernmerkmal der Hypochondrie ist die Rückversicherung bei Medizinern. Dieses Verhalten ist nicht nur unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten von Interesse, sondern trägt auch entscheidend zur Aufrechterhaltung der Symptomatik bei. Übergreifendes Ziel ist hier die Erarbeitung eines angemessenen Maßes an Arztbesuchen. Natürlich ist es nicht Ziel (im Gegensatz zu den meisten anderen sicherheitssuchenden Verhaltensweisen), in Zukunft nie mehr zum Arzt zu gehen. Deshalb ist es sinnvoll, klare Kriterien für die Indikation eines Arztbesuches zu erarbeiten. Ziel von Arztbesuchen allgemein ist die Prävention, Linderung oder Behandlung von Krankheiten und ihrer Symptome. Bevor deshalb über das Unterlassen dieses Rückversicherungsverhaltens ge-

Wann ist Arztbesuch hilfreich?

sprochen wird, sollte zu Beginn gemeinsam mit dem Patienten herausgearbeitet werden, warum Arztbesuche hilfreich und nützlich sein können. Relevante Aspekte sind z.B., dass mit Hilfe einer Vorsorgeuntersuchung der Verlauf einer Erkrankung positiv beeinflusst werden oder dass der Arzt bei akuten Erkrankungen lindernde Medikamente verschreiben kann. Treten massive, lang anhaltende oder neuartige Symptome auf, ist in der Regel ebenfalls ein Arzt aufzusuchen.

Danach kann wiederum eine Gegenüberstellung kurz- und langfristiger Konsequenzen vorgenommen werden. In der Regel werden bei der Sammlung kurzfristiger Konsequenzen annähernd die gleichen Argumente genannt wie beim Body Checking (► Kap. 3.3.1), weshalb dieser Teil recht rasch bearbeitet werden kann. Größeres Augenmerk sollte auf die langfristigen Folgen gelenkt werden. Es lassen sich einige Konsequenzen von häufigen Arztbesuchen festhalten:

Langfristige Konsequenzen von häufigen Arztbesuchen

- Fokussierung auf die Krankheit
- Angst aufhebender Effekt führt zu einer Zunahme von Rückversicherung
- Abhängigkeit von den Rückmeldungen des Arztes
- Unterscheidungsfähigkeit für harmlose und ernsthafte Symptome nimmt ab
- Toleranz für Angst wird geringer
- Erfahrung bleibt aus, dass man sich selbst helfen kann bzw. auch ohne Arztbesuch die Symptome wieder abnehmen können
- Unterschiedliche Behandler haben unterschiedliche Meinungen, so dass man danach auch verunsicherter sein kann als vorher
- Der Arzt untersucht evtl. immer weniger gründlich, je häufiger man kommt
- Kostet viel Zeit/evtl. Geld
- Untersuchungen/Medikamente haben auch ungewollte Nebenwirkungen
- Man kann sich im Wartezimmer anstecken
- Evtl. kann eine Erkrankung schneller erkannt und effektiver behandelt werden

Diese Liste zumeist negativer Konsequenzen macht deutlich, dass die Arztbesuche erheblich zur Verstärkung und Aufrechterhaltung der Ängste beitragen. Ebenso wie beim Body Checking ist es nun die Aufgabe des Therapeuten herauszufinden, ob der Patient zu einer Verminderung der Arztbesuche bereit ist (► Kap. 3.3.1).

Hat der Patient sich prinzipiell für eine Reduktion entschieden, werden gemeinsam mit dem Therapeuten konkrete Kriterien für den Arzt-

besuch erarbeitet. Bereits zu Beginn der Einheit wurden Gründe gesammelt, warum man zum Arzt gehen sollte. Auch hat der Patient nun eine Reihe von Argumenten, die dafür sprechen, nicht zum Arzt zu gehen. Nun gilt es, diese beiden Seiten zu vereinen und festzuhalten, unter welchen Aspekten es sinnvoll sein kann, zum Arzt zu gehen. ► Arbeitsblatt 20 »Wann ist ein Arztbesuch für mich sinnvoll?« kann zur Erarbeitung dieser Kriterien verwendet werden. Zusätzlich werden auf dem Arbeitsblatt einige Gründe gegen Arztbesuche genannt. Insgesamt dient es dazu, explizite Kriterien zu erarbeiten, die in Zukunft eine eigenständige Entscheidung ermöglichen sollen.

► ► Arbeitsblatt 20 »Wann ist ein Arztbesuch für mich sinnvoll?«

Unter Umständen kann es hilfreich sein, Empfehlungen der Krankenkassen für Vorsorgeuntersuchungen zu kennen. Die wichtigsten werden hier zusammengestellt:

Empfehlungen der Krankenkassen zu Kontrolluntersuchungen

- Frauen ab 20 Jahren: Gebärmutterkrebs-Vorsorge beim Gynäkologen einmal jährlich
- Ab 30 Jahren: Hautkrebs-Vorsorge beim Dermatologen, einmal jährlich
- Frauen ab 30 Jahren: Brustkrebs-Vorsorge beim Gynäkologen einmal jährlich
- Ab 35 Jahren: allgemeiner Gesundheits-Check (körperliche Untersuchung, Blut- und Urinuntersuchung) beim Hausarzt alle 2 Jahre, bei Risiko-Patienten (z.B. Raucher, Übergewichtige, Diabetiker) einmal jährlich
- Ab 50 Jahren: Untersuchung des Darms: entweder alle 10 Jahre eine Spiegelung oder alle 2 Jahre Untersuchung des Stuhlgangs
- Männer ab 50 Jahren: Prostata-Untersuchung beim Urologen einmal jährlich

Statt dem Patienten eine solche Liste zu präsentieren (und ihm damit eine Rückversicherung zu geben), ist es sinnvoller, ihn selbst solche Empfehlungen bei seiner Krankenkasse oder seinem Arzt einholen zu lassen. Diese Informationen können mit dem aktuellen Verhalten des Patienten verglichen werden und bei der Erarbeitung einer angemessenen Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen helfen.

Auch wenn den meisten Patienten die Einsicht, dass Arztbesuche reduziert werden sollten, nicht schwer fällt, gelingt ihnen eine Umsetzung dessen auf Anhieb selten. Ein wichtiges Ziel ist deshalb die Vereinbarung einer zeitkontingenten Frequenz von Arztbesuchen. Während

die Arztkonsultationen bisher so schnell wie möglich vorgenommen wurden, wenn die Beschwerden oder die Krankheitsangst sich verstärkten, sollten die Arztbesuche nun in festen Zeitabständen stattfinden. Durch die Zeitkontingenz wird den Arztbesuchen ihre Angst reduzierende Wirkung genommen. Zudem besteht der Vorteil, dass der Patient zwischenzeitlich Erfahrungen mit dem Umgang von Ängsten sammeln kann. Dadurch hat der Patient die Möglichkeit, Ängste selbstständig zu bewältigen und den Angst reduzierenden Effekt sich selbst und nicht mehr der Untersuchung zuzuschreiben. Geht der Patient seltener zum Arzt, reduzieren sich damit auch die vielfältigen weiteren negativen Konsequenzen der Konsultationen (s.o.), weshalb nach wenigen Wochen häufig auch eine deutliche Belastungsabnahme berichtet wird.

Welches Zeitintervall dabei sinnvoll ist, sollte mit dem Patienten vereinbart werden. Im Zweifelsfall ist einem kurzen, aber realistischen Zeitintervall der Vorzug gegenüber einem sinnvollen, aber für den Patienten nicht erreichbaren Intervall zu geben. So kann es in einigen Fällen unter Umständen einen großen Erfolg bedeuten, wenn es Patienten gelingt, »nur« wöchentlich zum Arzt zu gehen, wie das folgende Fallbeispiel zeigt. Im weiteren Verlauf kann die Häufigkeit der Arztbesuche schrittweise abgesenkt werden.

Extrembeispiel zur Zeitkontingenz von Arztbesuchen

Die allein erziehende Mutter Frau S. leidet seit zehn Jahren unter Krankheitsängsten und einer sozialen Phobie. Zur Angstbewältigung setzt sie phasenweise größere Mengen Alkohols ein, was zudem zur Diagnose eines Alkoholmissbrauchs führte. Die Patientin ist seit Monaten durchgehend arbeitsunfähig. Es besteht eine erhebliche Beeinträchtigung der allgemeinen Funktionsfähigkeit.

Zum Beginn der Behandlung ging Frau S. annähernd täglich zu einem Arzt. Sie hatte eine Liste von fast fünfzehn Ärzten (v.a. Hausärzte und Internisten) ihres Vertrauens. Jeden dieser Ärzte suchte sie etwa alle drei Wochen auf. Nachdem mit der Patientin über die Vor- und Nachteile von Arztbesuchen gesprochen wurde, entschied sie sich, diese zu reduzieren. Bei der Vereinbarung eines sinnvollen Zeitintervalls schlug sie vor, in Zukunft jeden zweiten Tag zum Arzt zu gehen. Nach weiterer Diskussion vereinbarte sie mit dem Psychotherapeuten, bis auf weiteres einmal wöchentlich, wenn möglich donnerstags, zu ihrem Hausarzt oder einem bestimmten Kardiologen zu gehen. Nach Einholen des Einverständnisses der Patientin besprach der Therapeut dieses Vorgehen mit den beiden Ärzten telefonisch. In den ersten Wochen fiel Frau S. die Verminderung sichtlich schwer. Ihr Ziel, nicht mehr als einmal wöchentlich zum Arzt zu gehen, erreichte sie erstmalig in der dritten Woche nach der Vereinbarung, was sie sehr stolz machte.

- Σ Regelmäßige Arztbesuche sind, beispielsweise für die Krebsvorsorge, sinnvoll. Problematisch sind Konsultationen, die zur Verminderung innerer Anspannung oder Angst eingesetzt werden. So lernt der Patient, dass ein Arztbesuch eine gute Strategie ist, unangenehme Zustände zu reduzieren. Nach der Gegenüberstellung von kurzfristig positiven und langfristig negativen Konsequenzen der Rückversicherung beim Arzt sollte eine Vereinbarung über eine sinnvolle Häufigkeit der Arztbesuche getroffen werden. Dabei ist festen Zeitintervallen zwischen den Konsultationen (statt symptom- bzw. angstkontingenten Arztbesuchen) unbedingt der Vorzug zu geben.

Advocatus Diaboli

Nachdem der Patient seine Kriterien für den Arztbesuch erarbeitet hat, kann man mit ihm eine vertiefende Übung durchführen: Dazu nimmt der Therapeut die Rolle des Advocatus Diaboli ein, der die Argumente des Patienten für eine Verminderung der Arztbesuche hinterfragt und immer wieder die Angst anführt, eine schlimme Krankheit könnte nicht entdeckt werden. Auf diese Weise hat der Patient die Möglichkeit, seine neu gewonnene Einstellung zu Arztbesuchen zu festigen. Der folgende Dialog gibt dazu ein Beispiel.

Therapie & Dialog

Herr B. ist unsicher, ob er wegen eines Unwohlseins in der Magengegend seinen Arzt aufsuchen soll. Er war in der Vergangenheit schon mehrere Male deshalb beim Arzt, weil er befürchtet, unter Magenkrebs zu leiden. Aufgrund der bisherigen Behandlung hat er vor, zukünftig die Anzahl seiner Arztbesuche zu reduzieren und nur noch jährliche Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen. Der Therapeut nimmt die Rolle des Advocatus Diaboli ein. Um dieses besondere Therapiegespräch kenntlich zu machen, versetzen beide ihre Stühle so, dass sie sich genau gegenüber sitzen.

Herr B.: Ich werde jetzt einmal nicht zum Arzt gehen!

Therapeut: Sollten Sie Ihre Beschwerden nicht besser abklären lassen?

Herr B.: Nein, das habe ich schon so oft gemacht und nie hat der Arzt irgendetwas gefunden.

Therapeut: Aber dieses Mal könnte doch wirklich etwas sein?

Herr B.: Hundertprozentig sicher kann ich mir nicht sein, dass da nichts ist. Aber das haben wir ja schon besprochen, ganz sicher kann ich nie werden. Bisher haben die Ärzte mir über meinen Magen immer gesagt, dass nichts Ernsthaftes vorliegt. Eigentlich ist es wohl ziemlich wahrscheinlich, dass jetzt auch nichts vorliegt.

Therapeut: Ja, aber beruhigen würde Sie der Arztbesuch doch schon, oder?



Herr B.: Ja, schon, das wäre dann schon besser. Aber wahrscheinlich nur kurze Zeit. Letztendlich frage ich mich doch spätestens am nächsten Tag, ob der Arzt nicht doch etwas übersehen hat. Ich möchte es jetzt einmal ohne Arztbesuch versuchen!

Therapeut: Sind Sie sich sicher?

Herr B.: Tja, ich weiß nicht ... eigentlich schon!

Alternativ kann auch ein Rollentausch vorgenommen werden. Der Patient setzt sich hierzu auf den Stuhl des Therapeuten und umgekehrt. Der Therapeut übernimmt die Rolle des Patienten und berichtet über die beim Patienten typischen Symptome und seinen Wunsch, sie ärztlich abklären zu lassen. Die Aufgabe des Patienten in Therapeutenrolle ist es nun, dem Therapeuten in Patientenrolle zu vermitteln, warum ein Arztbesuch nicht vorteilhaft sein könnte.

Bisher wurde in diesem Abschnitt über Patienten geschrieben, die zu häufig zum Arzt gehen. Wie bereits erwähnt, gibt es jedoch auch Patienten, die aus Angst vor einer ernsthaften Diagnose den Arztbesuch vermeiden. In diesen Fällen sind Arztbesuche eher im Sinne einer Reizexposition zu behandeln. Vermeidungsverhalten wird in ► Kap. 3.3.4 näher beschrieben, ► Kap. 3.3.5 und ► Kap. 3.3.6 führen das genaue Vorgehen bei Expositionen auf.

Die wichtigsten Informationen zur Rückversicherung mittels Arztbesuchen werden auf dem ► Arbeitsblatt 21 »Sinnvoller Umgang mit Arztbesuchen« zusammengefasst.

► ► Arbeitsblatt 21 »Arztbesuche – Wie finde ich das richtige Maß?«

Rollentausch

Vermeidung von Arztbesuchen

3.3.3 Rückversicherung allgemein

Eine Reihe von Patienten versichert sich nicht nur bei ihren Ärzten, sondern benutzt weitere Quellen. Deshalb sollte darüber gesprochen werden, ob sich der Patient bei anderen Personen und Medien (z.B. Internet, Bücher) Rückversicherung einholt. Bei manualtreuem Vorgehen hat der Patient zu diesem Zeitpunkt bereits zweimalig kurzfristig positive und langfristig negative Konsequenzen sicherheitssuchenden Verhaltens gesammelt. Eine Gegenüberstellung kann deshalb kurz gehalten werden. Negative Aspekte gleichen denen von Arztbesuchen (► Kap. 3.3.2). Hinzu kommen allerdings einige weitere Aspekte:

Weitere negative Konsequenzen von Rückversicherung (außer bei Ärzten)

- Konflikte mit anderen Personen, z.B. ein von den häufigen Fragen »genervter« Partner
- Unterschiedliche Menschen haben unterschiedliche Meinungen, d.h. man erhält verschiedene, widersprüchliche Auskünfte
- Nicht ausgebildete Personen können sich irren
- Recherchiert man in den Medien, kommt man auf weitere Krankheitsideen (s. Beispiel in ► Kap. 1.5.3)
- Aus Medien erhält man oft unvollständige Informationen

Führt man sich sämtliche ungünstigen Folgen des Verhaltens vor Augen, kann i.d.R. schnell das Ziel festgehalten werden, Rückversicherung zu reduzieren bzw. aufzugeben. ► Arbeitsblatt 22 bietet hierzu Hilfestellung. Dort können Quellen der Rückversicherung, bisherige und für die Zukunft geplante Häufigkeit des Verhaltens sowie Bewältigungsstrategien notiert werden.

► ► Arbeitsblatt 22 »Veränderung der Rückversicherung«

Verlust von Vorteilen durch Rückversicherung

Manchmal kommt es vor, dass sich Patienten dagegen sträuben, ihr Rückversicherungsverhalten zu reduzieren, obwohl sie eine Veränderung »rational« notwendig finden. Häufig sind dies Patienten, die durch ihr Verhalten auch emotionale Unterstützung, Zuwendung oder nur persönlichen Kontakt erhalten. Möglicherweise fehlen Alternativen zur Erlangung dieser Unterstützungen. Hier sollten gemeinsam neue Formen und Anlässe der Kontaktaufnahme überlegt werden, um emotionale Zuwendung von der beruhigenden Wirkung anderer Personen zu entkoppeln. Ergänzend kann es hilfreich sein, solche Kontaktaufnahmen im Rollenspiel zu üben. Handelt es sich um den Partner, ist auch ein gemeinsames Paargespräch ausgesprochen sinnvoll.

3.3.4 Vermeidung

Wie bei allen Störungen, bei denen Angst eine maßgebliche Rolle spielt, findet man auch bei der Hypochondrie Vermeidungsverhalten. Da Vermeidung ebenfalls das kurzfristige Sicherheitsgefühl der Patienten erhöht, wird auch dies als eine Form des sicherheitssuchenden Verhaltens betrachtet.

Zu Beginn sollte das genaue Vermeidungsverhalten des Patienten exploriert werden. Infolge von Krankheitsängsten gehen Patienten einer Vielzahl von Situationen oder Aktivitäten aus dem Weg. Nachfolgende

Übersicht zeigt verschiedene Formen von Vermeidung bei Krankheitsängsten.

Formen von Vermeidung

Orte: Krankenhäuser, Friedhöfe, Arztpraxen, Wohnungen von erkrankten Bekannten

Situationen: körperliche Anstrengungen, Medienberichte über Krankheiten, Gespräche über Krankheiten, Lesen von Todesanzeigen, Arztbesuche bzw. Vorsorgeuntersuchungen

Sonstiges: Gewichtszu- oder abnahme, bestimmte »schädliche« Lebensmittel

Zum Sammeln und Einschätzen schwieriger Situationen kann ► Arbeitsblatt 23 herangezogen werden. Der Patient wird dort gebeten festzuhalten, wie stark seine Ängste auf einer Skala von 0 bis 10 wären, wenn er mit den vorgegebenen Situationen konfrontiert würde. Zusätzlich kann er noch weitere relevante Situationen hinzufügen. Auf diese Weise erhält man eine individuelle Angsthierarchie des Patienten.

► ► Arbeitsblatt 23 »Mögliche Angstsituationen«

Bereits unter ► Kap. 3.3.2 wurde angesprochen, dass einige Patienten Arztbesuche vermeiden. In diesen Fällen wird gemeinsam erarbeitet, dass das Aufschieben und Vermeiden der Arztbesuche den Arztbesuch immer problematischer und angstvoller werden lässt. Wenn der Patient regelmäßig zum Arzt ginge, würde seine Angst gar nicht so stark werden. Eine angemessene Häufigkeit von Vorsorgeuntersuchungen sollte das Ziel sein. Die geeignete Strategie für diese Patientengruppe besteht darin, den Arzt regelmäßig aufzusuchen, um die Ängste zu bewältigen. Dieses Verhalten ist wie anderes Vermeidungsverhalten zu sehen, weshalb die nachfolgenden Strategien auch hier wichtig sind. Arztbesuche sind für diese Patienten mit einer Exposition in vivo gleichzusetzen.

Teilweise finden sich Formen von Vermeidung, die sehr ähnlich einer Zwangsstörung wirken. So vermied z.B. eine Patientin jegliche Veränderung in ihrer Wohnungsgestaltung, weil sie befürchtete, diese könne zu einer Verschlechterung ihrer Gesundheit führen. Sie vermied es, alte Bilder abzuhängen oder neue Anschaffungen, z. B. einen Teppich, zu machen.

Im folgenden Abschnitt ► Kap. 3.3.5 wird die psychoedukative Einführung der Exposition dargestellt, Abschnitt ► Kap. 3.3.6 schildert das konkrete Vorgehen für verschiedene Expositionssituationen.

Vermeidung von Arztbesuchen

3.3.5 Vermittlung der Reizexposition

Nach der Exploration der Angst-Situationen wird das Expositionsvorgehen vermittelt. Dem Patienten wird erläutert, dass Vermeidung zur Aufrechterhaltung seiner Ängste beiträgt. Zudem wird eine Erklärung dafür gegeben, warum seine Ängste über lange Zeit auf einem hohen Niveau bleiben und wie er diese mittels Konfrontation bewältigen kann. Inhaltliche Vorgaben können hierbei dem ► Arbeitsblatt 24 entnommen werden.

► Arbeitsblatt 24 »Warum es wichtig ist, sich mit seinen Ängsten auseinanderzusetzen«

Auf den folgenden Seiten wird ein zusammenhängender Therapiedialog dargestellt, in dem das Expositionsvorgehen einem Patienten vermittelt wird, der das Thema Krebs in den Medien vermeidet. Der Dialog ist in fünf Abschnitte unterteilt.

Therapie & Dialog

Vermittlung zum Expositionsvorgehen, 1. Teil

Therapeut: Sie haben im Laufe der Therapie schon einige Strategien zur Bewältigung von Krankheitsängsten kennen gelernt. Eine Strategie, die sich etwas von den bisher kennen gelernten unterscheidet, aber trotzdem sehr wichtig ist, ist die aktive Auseinandersetzung mit den Ängsten.

Wenn man bestimmte Situationen fürchtet und vermeidet, so wie Sie das Thema Krebs in Fernsehen und Zeitungen vermeiden, kostet das häufig viel Kraft und Anstrengung.

Patient: Na ja, es geht, mittlerweile habe ich es ganz gut raus, in welchem Teil der Zeitung etwas über Krankheiten steht und wann die ganzen Gesundheitssendungen im Fernsehen kommen.

Therapeut: Immer wenn Sie darauf achten, das Thema zu vermeiden, lenkt das Ihre Aufmerksamkeit auf das Thema Krankheit. Und so wird der Teufelskreis zwischen Aufmerksamkeit, Symptomen, Bewertungen und Ängsten wieder angestoßen.

Patient: Aber eigentlich will ich ja, dass genau das nicht passiert, wenn ich den Sachen aus dem Weg gehe!

Therapeut: Ja, das ist ja auch verständlich. Sie vermeiden die Situationen ja eigentlich, weil Sie weniger Angst erleben wollen und sich nicht mit dem Thema beschäftigen möchten. Allerdings hat das Vermeiden einen Haken. Ich möchte Sie bitten, gerade einmal etwas auszuprobieren.

(Der Therapeut bittet den Patienten, in den nächsten 40 Sekunden auf keinen Fall an einen rosa Elefanten zu denken. Er betont, dass es



wichtig ist, dass er dies auf keinen Fall tut. Nach den 40 Sekunden wird exploriert, ob das Ziel erreicht wurde. In den allermeisten Fällen taucht das Bild des rosa Elefanten unwillkürlich in der Vorstellung des Patienten auf. Der Patient kann daran ableiten, dass Dinge umso aufdringlicher in unseren Gedanken sind, je mehr wir versuchen, sie zu vermeiden.)

Therapeut: Vermeidung führt nicht nur dazu, dass das, was man vermeiden möchte, immer aufdringlicher wird. Es heißt auch, dass man die Befürchtungen, die damit verbunden sind, nicht überprüfen kann. Was denken Sie, was passieren würde, wenn Sie eine Reportage über Bauchspeicheldrüsenkrebs anschauen würden?

Patient: Da müssten Sie mich schon vor dem Fernseher festbinden. Wahrscheinlich würde ich ziemlich viel Angst bekommen, keine Ahnung, ob ich das überhaupt aushalten könnte. Und vielleicht entwickeln sich dann auch neue Symptome, Angst vor Bauchspeicheldrüsenkrebs hatte ich ja noch nie.

Therapeut: Gut! Es kann sein, dass all das passieren würde. Es kann aber auch sein, dass es anders ist. Diese Befürchtungen können Sie nicht überprüfen, wenn Sie das Thema Krebs so weit wie es geht vermeiden. Somit trägt die Vermeidung dazu bei, dass die Befürchtungen und Krankheitsängste aufrechterhalten werden.

Deshalb ist es wichtig, sich mit gefürchteten Situationen auseinanderzusetzen. Diese Konfrontation stellt für viele Patienten erstmals eine große Herausforderung dar und ist oft zunächst unangenehm.

Patient: Das heißt, Sie wollen mich wirklich vor dem Fernseher festbinden?

Therapeut: Moment, Moment. Das langfristige Ziel ist, dass Sie dem Thema Krebs wieder ins Auge sehen können, und das ist ein ganz entscheidender Schritt dazu, die Krankheitsangst zu bewältigen.

Therapie & Dialog

Vermittlung zum Expositionsvorgehen, 2. Teil

Therapeut: Kommen wir noch einmal darauf zurück, was passiert, wenn Sie sich einen Fernsehbericht über Krebs anschauen würden.

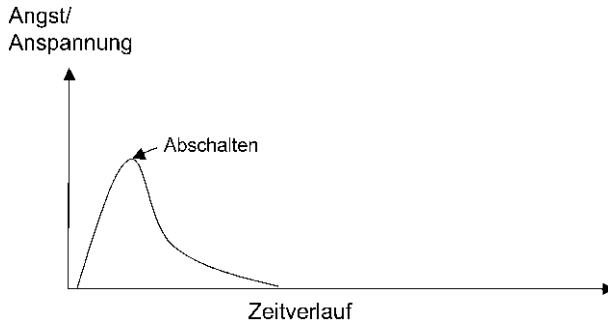
Patient: Ich würde sofort große Angst bekommen und dann abschalten.

Therapeut: Und was würde dann mit der Angst passieren, nachdem Sie abgeschaltet haben?

Patient: Na ja, ich würde mir vielleicht schon noch Sorgen machen, aber die Angst würde erst einmal nachlassen.

Therapeut: Aha. Ich möchte das, was Sie gesagt haben, grafisch veranschaulichen. (Therapeut zeichnet ■ Abb. 3.7 auf das Flipchart)

■ **Abb. 3.7.** Angstverlauf bei Verlassen der Situation



Vorstellung: Exposition dauert endlos

Therapie & Dialog

Vermittlung zum Expositionsvorgehen, 3. Teil

Therapeut: Können Sie sich vorstellen, was passiert, wenn Sie nicht abschalten würden?

Patient: Irgendwann wäre die Sendung dann hoffentlich zu Ende.

Therapeut: Ja, normalerweise ist das so. Für unser Gespräch heute möchte ich Sie aber bitten, sich vorzustellen, die Sendung würde endlos laufen.

Patient: Dann würde ich halt nicht mehr hinschauen. Vielleicht mit mir selber reden, um mich abzulenken.

Therapeut: Stellen Sie sich für heute vor, Sie könnten und würden sich nicht ablenken, sondern der Reportage mit all Ihrer Aufmerksamkeit folgen. Was geschieht dann mit Ihnen?

Patient: Je weiter ich schaue, desto schlimmer würde die Angst werden. Vielleicht würde ich eine Panikattacke bekommen, so wie damals in der U-Bahn in New York.

Therapeut: Die Angst würde also immer weiter ansteigen. Sie bekommen eine Panikattacke. Was würde weiter passieren?

Patient: Die Angst wird noch schlimmer.

Therapeut: Würde die Angst immer weiter steigen?

Patient: Vielleicht schon. - Na ja, vielleicht auch eher nicht. Wahrscheinlich halte ich das nicht durch. Vielleicht würde die Angst irgendwann auch wieder weniger werden?

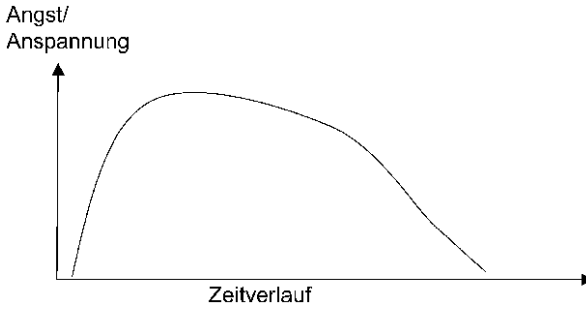
Therapeut: Wieso das denn?

Patient: Man kann ja nicht ewig Angst haben. Irgendwann würde man wahrscheinlich abstumpfen.

Therapeut: Und was würde dann mit der Angst passieren?

Patient: Die würde dann wahrscheinlich eher immer weiter abfallen.

Therapeut: Ich möchte auch diese Vorstellung noch einmal grafisch festhalten. (Der Therapeut zeichnet eine neue Kurve zu der vorhandenen, ■ Abb. 3.8.)



■ **Abb. 3.8.** Natürlicher Angstverlauf

Therapie & Dialog

Vermittlung zum Expositionsvorgehen, 4. Teil

Therapeut: Was würde denn passieren, wenn Sie am nächsten Tag wieder eine Reportage über Krebs anschauen?

Patient: Ich würde natürlich wieder Angst bekommen!

Therapeut: Wäre die Angst dann genau so stark wie am Tag davor?

Patient: Na ja, vielleicht nicht ganz so stark. Ich wüsste ja, dass ich es schon einmal geschafft und durchgestanden hätte. Und dass es auch irgendwann wieder besser wird.

Therapeut: Warum ist die Angst denn nicht mehr genauso hoch, wenn Sie es schon einmal durchgestanden hätten, eine Sendung über Krebs zu sehen?

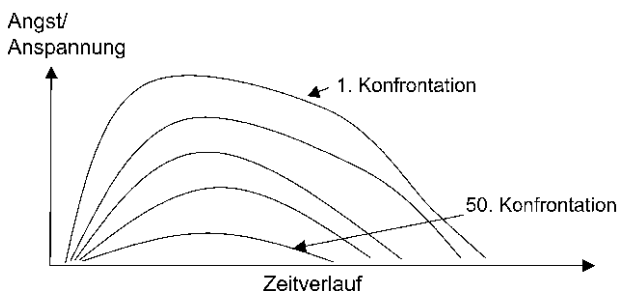
Patient: Ich wüsste wahrscheinlich schon eher, was auf mich zukommt. Irgendwie sind diese Sendungen ja ähnlich aufgebaut. Außerdem hätte ich vielleicht mehr Selbstbewusstsein, weil ich wüsste, ich habe mir das schon einmal anschauen können.

Therapeut: Was würde mit Ihrer Angst geschehen, wenn Sie viele Male eine Sendung über Krebs anschauen müssten?

Patient: Wahrscheinlich würde die Angst jedes Mal ein wenig niedriger sein.

Therapeut: Ich möchte auch diese Vorstellung noch einmal grafisch veranschaulichen. (Der Therapeut zeichnet noch eine Kurve dazu,

■ **Abb. 3.9.**)



■ **Abb. 3.9.** Angstverläufe bei mehrmaliger Konfrontation

Therapie & Dialog**Vermittlung zum Expositionsvorgehen, 5. Teil**

Therapeut: Das, was Sie gerade angenommen haben, zeigt sich auch in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen. Die Auseinandersetzung mit der ängstigenden Situation führt zu einer Abnahme der Ängste. Ein wichtiger Grund hierfür sind die biologischen Grundlagen unseres Körpers. Wenn starke Ängste auftreten, werden Stresshormone ausgeschüttet. Irgendwann stehen keine Hormone mehr zur Verfügung und die Angst kann nicht mehr ansteigen. Sie fällt ab.

Wenn man im Gegensatz dazu ängstigende Situationen vermeidet, führt das dazu, dass es immer schwieriger wird, die Situationen aufzusuchen. Die Vorstellungen, die man von einer Situation entwickelt, werden meist immer schlimmer, »katastrophaler«, je mehr man sie vermeidet.

Patient: Na, dann wollen Sie mich jetzt wohl doch vor den Fernseher setzen.

Therapeut: Was denken Sie denn selbst? Wäre das hilfreich?

Patient: Wenn ich ehrlich mit mir bin, wäre das wohl das Richtige. Schließlich will ich die Angst ja loswerden.

Wie bereits im Therapiedialog dargestellt, können mehrere Erklärungen dafür angeführt werden, warum die Exposition sinnvoll ist:

Gründe, warum Exposition wirkungsvoll ist

1. Unsere Vorstellungen sind meist schlimmer als die Realität. Die Auseinandersetzung in der Realität ist deshalb wichtig, um zu erfahren, was die »Wirklichkeit« ist. Diffuse Vorstellungen lösen meist stärkere Ängste aus als konkretere.
2. Wenn man Situationen vermeidet, drängen sie sich oft unwillkürlich in Gedanken auf (Beispiel rosa Elefant, s. Therapiedialog). Eine erfolgreiche Bewältigung der Krankheitsangst kann deshalb nicht stattfinden, wenn weiter vermieden wird.
3. Vermeidungsverhalten generalisiert sich im Laufe einer hypochondrischen Erkrankung immer mehr. Dies geht oft so weit, dass bereits das Aussprechen der befürchteten Krankheit für den Patienten mit Angst verbunden ist. Tut man nichts gegen das Vermeidungsverhalten, lösen immer mehr Reize aus der Umwelt Angst aus.
4. Habituation: Sehr starke Angst kann nicht lange anhalten (Botenstoffe sind verbraucht). Die Angst lässt aus physiologischen



Gründen nach. Setzt man sich lange genug der Angst aus, lässt diese nach. Hat man die Situation mit geringer oder ohne Angst erlebt, ist es beim nächsten Mal schon weit weniger schlimm, sie aufzusuchen.

In gewisser Weise steht die Vermittlung des Konfrontationsvorgehens im Rahmen der Bewältigung der Krankheitsangst an dieser Stelle im Widerspruch zu bisher beschriebenen Interventionen (► Kap. 3.2.1). Vor allem die Aufmerksamkeitsumlenkung zielt darauf ab, Ängste nicht aufkommen zu lassen. Eine Strategie war für den Patienten bisher dann hilfreich, wenn wenig oder keine Ängste entstanden. Nun soll der Patient aber bewusst Ängste aufsuchen. Dieser »Widerspruch« muss mit dem Patienten besprochen werden. Nachfolgend werden deshalb einige Empfehlungen gegeben, um festzuhalten, wann die unterschiedlichen Strategien eingesetzt werden sollten.

Aufmerksamkeitsumlenkung versus Exposition – wann ist was besser?

1. Patienten mit leichteren Krankheitsängsten (und evtl. auch keiner Diagnose Hypochondrie) profitieren häufig von der Informationsvermittlung und der kognitiven Arbeit so stark, dass Krankheitsängste ausreichend in den Hintergrund treten. Bei diesen Patienten ist es nicht unbedingt notwendig, eine Exposition durchzuführen.
2. Für Patienten, die unter ausgeprägten Krankheitsängsten leiden, ist die Konfrontation ein wichtiger und notwendiger Behandlungsbaustein zur Bewältigung der Ängste. Insbesondere die eigenen positiven Erfahrungen mit konfrontativen Behandlungselementen lassen uns die Notwendigkeit der Konfrontation betonen.
3. Konfrontation ist vermutlich die effektivere Methode zur Angstbewältigung. Es ist jedoch unrealistisch, bei jedem mit Angst verbundenen Gedanken eine Exposition durchzuführen. Bei Patienten mit ausgeprägter Krankheitsangst sollte bei häufigen, gewohnheitsmäßig auftretenden oder leichteren Ängsten Aufmerksamkeitsumlenkung in ihren verschiedenen Varianten (► Kap. 3.2) durchgeführt werden. Bei ausgeprägten Ängsten ist die Exposition vorzuziehen.
4. In der Therapiephase, in der Expositionen im Vordergrund stehen, sollte das Augenmerk vor allem auf diese Strategien ge-



lenkt werden. Ist der Patient im Zweifel, ob er sich mit den Ängsten oder Körpersymptomen auseinandersetzen soll oder stattdessen ein ablenkendes Entspannungstraining durchführt, sollte er stets die Konfrontation wählen. Erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn deutlich geworden ist, dass der Patient die Strategie der Konfrontation beherrscht bzw. nicht vermeidet, können ihm flexiblere Richtlinien gegeben werden.

Beide Strategien sollten nicht nur eingesetzt werden, wenn Ängste auftreten, sondern auch bereits im Vorhinein. Sie sollen neue Gewohnheiten des Patienten werden, und dazu müssen sie zunächst fest in den Tagesablauf eingeplant werden. Dies gilt insbesondere für die Expositionen, die genau vorbereitet werden müssen und in dieser Phase der Therapie ca. einmal täglich bewusst durchgeführt werden sollten (s.u.).

Im folgenden Therapiedialog wird mit einem Patienten besprochen, dass Entspannung keine der Exposition entgegengesetzte Strategie darstellt, so lange sie nicht als Ablenkung eingesetzt wird:

Therapie & Dialog

Erläuterung zur Entspannung in Abgrenzung zur Exposition

Therapeut: Nachdem, was ich Ihnen über das Aufsuchen der Ängste erzählt habe, wirkt es jetzt vielleicht so, als ob Entspannung ganz entgegengesetzt funktioniert. Als ob man damit also einer Auseinandersetzung mit den Ängsten aus dem Weg geht. Das ist dann richtig, wenn Entspannung als Ablenkung, während einer aktuellen Auseinandersetzung mit einer angstbesetzten Situation oder Aktivität eingesetzt wird. Das sollten Sie im Moment besser nicht tun. Wenn Sie die Entspannung jedoch nicht dann einsetzen, wenn Sie sich gerade ängstigen, sondern regelmäßig zu einem festen Zeitpunkt (z.B. jeden Abend, wenn Sie nach Hause kommen), hat sie die positiven Wirkungen, die wir vor einigen Wochen besprochen haben. Entspannung senkt die Grundanspannung herab und bewirkt häufig eine Reduktion an Symptomen. Auf diese Weise kann kontinuierlich Ängsten entgegengewirkt werden.

3.3.6 Durchführung der Expositionen

Bei Krankheitsängsten ist eine Vielzahl von Konfrontationen möglich. In diesem Buch werden drei verschiedene Arten näher beschrieben: die Exposition an Körpersymptomen, die Worst-Case Konfrontation in sensu und die Exposition in vivo.

Exposition an Körpersymptomen

Da körperliche Empfindungen von Patienten zumeist als wichtigstes Zeichen für das Vorhandensein der Krankheit interpretiert werden, bietet es sich bei nahezu allen Patienten an, diese mit Symptomen zu konfrontieren. Dabei ist das Ziel dieser Übungen nicht die Habituation, sondern eine Veränderung der Interpretation sowie eine Aufgabe des Vermeidungsverhaltens. Wenn es gelingt, körperliche Symptome durch einfache Übungen, wie z.B. Kniebeugen oder eine Hyperventilationsübung, zu erzeugen, wirkt dies einer dramatischen Sichtweise von Symptomen als Zeichen einer ernsthaften Krankheit entgegen. Zudem erfahren die Patienten, dass ihr Körper gut mit Symptomen wie z.B. Herzklopfen oder Schwindel »zurechtkommt« und dass diese Symptome auch von selbst wieder abnehmen.

Besonders eindrucksvoll ist die Exposition an Körpersymptomen, wenn es gelingt, die Symptome hervorzurufen, die den Patienten ohnehin beunruhigen. Durch eine entsprechende Übung erlebt der Patient, dass auch andere Umstände außer der befürchteten Krankheit diese Symptome auslösen können. Es ist möglich, solche Übungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Therapie einzuführen, wenn es um Erklärungen für körperliche Missempfindungen geht (► Kap. 3.2, genauer z. B. ► Kap. 3.2.3). Die nachfolgende ■ Tab. 3.9 stellt eine Reihe von Übungen zusammen, mit deren Hilfe unterschiedliche Symptome produziert werden können.

Provokation individueller Krankheitssymptome

■ Tab. 3.9. Übungen zur Produktion körperlicher Symptome

Übung	Symptome
Hyperventilation	Schwindel, Benommenheit, Kopfdruck, Taubheits- und Kribbelgefühle, Atemnot, Herzklopfen
Drehen auf Drehstuhl	(Dreh-) Schwindel
Kniebeugen, Treppensteigen	Herzklopfen, Herzrasen, Schwitzen, Atemnot
10 Mal hintereinander Schlucken	Kloßgefühl im Hals, angeschwollener/trockener Kehlkopf, Fremdkörpergefühl im Kehlkopf, Gefühl nicht schlucken zu können
Tief einatmen, ohne ganz auszuatmen, bis keine »neue« Luft mehr eingeatmet werden kann	Schmerzen in der Brust, durch Überdehnung der Rippenmuskulatur, Schwindel
Oberkörper aufrichten, tief einatmen, seitlich auf Brusthöhe zwischen die Rippen tasten	Schmerzen im Brustkorb
Füße kalt abdschen, abtrocknen, 3 Minuten warten	Kribbelgefühl in den Füßen, angeschwollene Füße
Blatt Papier auf die offene Handfläche legen, Arm ausstrecken, auf das Blatt schauen	Zittern
Offene Handflächen nach oben auf Augenhöhe halten, alle Fingermuskeln anspannen	Muskelzuckungen, Zittern
Oberkörper im Stehen für ca. 1 Minute nach unten beugen, danach rasch aufrichten	Gefühl des »Absackens«, Benommenheit, Schwindel

Die meisten Schmerzsymptome sind leider weniger leicht in kurzen Verhaltensexperimenten zu provozieren. Auch wenn sich keine geeignete Übung finden mag, um die spezielle Symptomatik zu produzieren, ist es meist eine wertvolle Erfahrung, wenn Patienten ausgeprägte körperliche Missempfindungen durch Verhaltensexperimente erleben.

Besonders gut für Demonstrationszwecke ist die Hyperventilationsübung geeignet, die zu einer Vielzahl von Symptomen führt. Nachfolgend wird demonstriert, wie eine solche Übung einsetzbar ist. Außerdem wird hier mit Hilfe der Exposition an Körpersymptomen nochmals das Prinzip der Konfrontation vermittelt.

Therapie & Dialog

Hyperventilationsübung

Therapeut: Jeder Mensch versucht, unangenehme körperliche Zustände zu vermeiden. Das ist ganz natürlich und auch sinnvoll. Wenn diese mit Angst verbunden sind, ist es jedoch ganz gut, sich solchen körperlichen Missempfindungen bewusst auszusetzen. Dadurch kann man die Erfahrung machen, dass der Körper mit diesen Missempfindungen ganz gut zurecht kommt. Letztlich ist es dann meist das vegetative Nervensystem, das bewirkt, dass die Symptome von ganz alleine wieder nachlassen.

Ich möchte mit Ihnen jetzt eine Übung durchführen, die meist zu deutlichen körperlichen Empfindungen führt. Vielen Menschen sind diese Empfindungen dabei nicht ganz angenehm. Es handelt sich hierbei um die so genannte Hyperventilation, bei der man eine Zeit lang recht schnell ein- und ausatmet. Durch das schnelle Ausatmen hat man weniger Kohlendioxid im Blut, was dazu führt, dass sich die Blutgefäße verengen und so auch das Gehirn schlechter durchblutet wird. Beendet man die Übung, wird dieses Ungleichgewicht schnell wieder ausgeglichen.

Auch wenn Sie noch nicht so genau wissen, was auf Sie zukommt – wie hoch würden Sie Ihre Anspannung auf einer Skala von 1-10 jetzt vor der Übung einschätzen?

Patient: Ich bin schon ziemlich nervös. Ich weiß ja nicht, was gleich passiert. Ich würde so sagen: 7.

Therapeut: Ich möchte Sie jetzt einfach bitten, aufzustehen und in meinem Rhythmus mitzuatmen. Achten Sie bei der Übung so genau Sie können darauf, was in Ihrem Körper passiert. Vermutlich werden sich verschiedene Empfindungen einstellen.

[Durchführung der Hyperventilation: Der Therapeut stellt sich hin und atmet eine Minute schnellstmöglich ein und aus (Hechelatmung). Der Patient sollte sich bemühen, in der gleichen Frequenz zu atmen. Sobald beide wieder sprechen können, nennt der Patient alle



seine Missempfindungen, die er in dem Moment hat oder während der Übung empfand.]

Therapeut: Hatten Sie Angst während der Übung?

Patient: Ja, zwischendurch hatte ich schon Angst.

Therapeut: Wie hoch ist sie gestiegen?

Patient: Vielleicht so auf Stufe 6, vor der Übung war's 7, dann ist sie erstmal wieder runtergegangen, aber als es schlimmer wurde, war es dann auf 6.

Therapeut: Was denken Sie, warum war die Angst da?

Patient: Weil mein Herz so gerast hat und mir immer schwindeliger wurde.

Therapeut: Das waren ihre körperlichen Empfindungen. Was haben Sie dabei gedacht?

Patient: Dass ich vielleicht daran sterben könnte.

Therapeut: Denken Sie das jetzt auch noch?

Patient: Nein, das ist mir auch nur ganz kurz als Gedanke gekommen. Ich denke, die Symptome kamen durch die Mangel durchblutung, das haben Sie ja eben erklärt. Das kann ich mir schon auch vorstellen.

Therapeut: Wenn ich Ihnen jetzt sage, dass wir die Übung noch einmal machen, wie hoch würden Sie ihre Anspannung auf einer Skala von 1-10 einschätzen?

Patient: Na, ich würde sagen, so 4.

Therapeut: Wie kommt es zu dieser Veränderung - eben haben Sie vor der Übung eine 7 angegeben?

Patient: Ich weiß ja schon, dass nichts wirklich Schlimmes passiert.

Therapeut: Das ist eine wichtige Erfahrung. Das zeigt, dass sich unsere Angst reduziert, wenn wir uns mit Dingen, die uns Angst machen, auseinandersetzen. Was denken Sie, wie wäre es in einer Woche, wenn Sie jeden Tag zweimal die Übung machen?

Patient: Wahrscheinlich gar nicht mehr schlimm. 1 oder 2.

Therapeut: Genau. Beim nächsten Mal ist es dann schon nicht mehr so schlimm, das Gleiche zu tun, vorausgesetzt, man wartet nicht zu lange damit. Würden Sie die Übung ganz oft ausführen bis zur nächsten Woche, fiel es Ihnen gar nicht mehr schwer. Der Grund dafür ist, dass Sie durch die Übung erfahren haben, dass Ihre Befürchtungen nicht eingetroffen sind. Sie haben erlebt, dass Ihr Körper mit diesen Symptomen umgehen kann.

Führt man die Expositionsübungen mehrfach durch, zeigt sich eine Reduktion der Erwartungsangst. Während Patienten vor der ersten Hyperventilationsübung typischerweise angeben, hohe Angst zu haben, zeigt

Übungen wiederholen

sich bei weiteren Übungen schon eine weit geringere Anspannung. In Zusammenhang mit den Wiederholungen ist es wichtig, mit dem Patienten zu besprechen, dass sich die Symptome der jeweiligen Durchgänge kaum in ihrer Intensität unterscheiden. Was sich jedoch verändert, ist die Angst, die aufgrund der Symptome stärker oder geringer wird. Jede der o.g. Übungen ruft ähnliche Symptome hervor, nur die begleitenden Ängste nehmen ab.

Vielen Patienten wird die Notwendigkeit einer Konfrontation nach dieser Hyperventilationsübung deutlicher. Auch sind sie häufig stolz, wenn es ihnen gelungen ist, sich dieser Übung zu stellen und Missempfindungen ausgehalten wurden. Mitunter trägt diese Überwindung der Ängste zu einem Motivationsschub und einem Gefühl von Zuversicht bei.

Worst-Case Konfrontation

Die Ängste der Patienten sind auch dadurch bedingt, dass sie extrem negative Vorstellungen von den Folgen einer ernsthaften Erkrankung haben. So zeigen sich bei Patienten häufig relativ geringe subjektive Risikoeinschätzungen (z.B. wird das Risiko, an Brustkrebs erkrankt zu sein, von einer Patientin nur mit 5% angegeben), dennoch leiden sie unter massiven Ängsten, da die befürchteten Konsequenzen einer ernsthaften Erkrankung als katastrophal empfunden werden. Durch eine Exposition in sensu mit dem schlimmsten Fall (Worst Case) soll eine Bearbeitung dieser Befürchtungen erfolgen. Für diese Übung sollte die Möglichkeit bestehen, eine Doppelsitzung durchzuführen. Ein Ziel dieser Konfrontation ist es, dass der Patient die Erfahrung macht, solchen negativen Vorstellungen »emotional gewachsen« zu sein. Die meisten Patienten vermeiden verständlicherweise eine gedankliche Auseinandersetzung mit den möglichen negativen Konsequenzen einer Erkrankung. Sobald derartige Gedanken auftreten, lenken sie sich ab oder beginnen mit einem Sorgenprozess, zum Beispiel in Form einer Wahrscheinlichkeitsabwägung. Letzteres führt dann dazu, dass negative Bilder in den Hintergrund treten. (In dem Fall gleicht die Behandlung der der Sorgen bei Generalisierten Angststörungen, die bei Becker & Margraf (2002) gut beschrieben wird.) Negative Folge der Vermeidungsstrategie ist, dass die antizipierten Konsequenzen der Krankheit immer bedrohlicher werden. Diese Konfrontationsübung ist eine sehr hilfreiche Methode, um die antizipierten negativen Vorstellungen zu verändern. Die Notwendigkeit der Konfrontation kann dem Patienten folgendermaßen verdeutlicht werden:

Therapie & Dialog

Worst-Case Konfrontation, Teil 1: Allgemeine Einleitung

Therapeut: Eine der wirksamsten Methoden um Ängste zu bewältigen ist es, diesen Ängsten direkt ins Auge zu schauen. Angst redu-



ziert sich umso mehr und umso schneller, je mehr und je intensiver man ihr aktiv entgegen geht. Wenn man mit ihr umgeht, stellt sich mehr und mehr das Gefühl ein, die Ängste unter Kontrolle zu haben. Bei Krankheitsängsten ist das genauso.

Hinter der Angst, eine schlimme Krankheit zu haben, können verschiedene schreckliche Vorstellungen stehen. Oft hat es mit dem Thema Tod zu tun. Wenn man sich aktiv mit diesen Vorstellungen auseinandersetzt, ist es nicht das Ziel, sich gut dabei zu fühlen, wenn man an solche traurigen und schlimmen Ereignisse denkt. Vielmehr ist es das Ziel, Krankheit und Tod als ein Teil des Lebens zu akzeptieren, ihnen ruhig zu begegnen und dabei keine extremen Ängste zu erleben.

Vielleicht sagen Sie sich jetzt, dass Sie sich ja schon häufig genug mit Ihren Ängsten auseinandersetzen. Schließlich begegnen Ihnen die Sorgen jeden Tag. Allerdings ist es mit den Sorgen meist so, dass Sie eher versuchen, sie wieder los zu werden. Sie lenken sich ab oder suchen Rückversicherung. Auch wenn das kurzfristig manchmal klappt, ist die Flucht vor den Ängsten nie von langer Dauer.

Wenn man den Ängsten wirklich ins Auge schaut, ist das anders. Hier setzt man sich ganz bewusst und ganz gezielt mit der Befürchtung auseinander. Dadurch kann man lernen, den Gedanken gewachsen zu sein und nicht plötzlich von diesen überrascht zu werden und sich dann ganz hilflos zu fühlen.

Anstatt sich Rückversicherung zu holen und sich abhängig zu machen von anderen, ist es auf lange Sicht besser, der Realität ins Auge zu sehen. Statt dass Sie gegen Ihre Ängste ankämpfen, ist es sinnvoller, daran zu denken, dass auch die schlimmsten Dinge mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit passieren können. Je häufiger man das tut, desto erfolgreicher arbeitet man gegen seine Krankheitsangst.

Die Exposition sollte sich mit einer bestimmten Krankheitsbefürchtung beschäftigen. Bestehen mehrere, wird der Patient gebeten, die für ihn unangenehmste auszuwählen. Gemeinsam soll eine Art Drehbuch für die Befürchtungen entwickelt werden. Dieses Drehbuch beinhaltet eine möglichst bildhafte Darstellung der Befürchtung und spricht viele Sinnesmodalitäten an. Immer, wenn mehrere Vorstellungen oder Gedanken auftreten, wird die schlimmste ausgewählt. Alle Befürchtungen sollen zu Ende gedacht werden. Die Exposition wird dann in etwa mittels folgender Worte eingeleitet:

Entwicklung eines Drehbuchs

Therapie & Dialog

Worst-Case Konfrontation, Teil 2: Beginn

Gleich möchte ich Sie bitten, sich etwas vorzustellen, was Ihnen unangenehm sein wird. Dabei wird die Übung für Sie dann am meisten Erfolg zeigen, wenn Sie Ihren schlimmsten Befürchtungen ins Auge sehen können und so wenig wie möglich gedanklich ausweichen oder vermeiden. Alles was Ihnen evtl. Beruhigung verschaffen könnte, sollten Sie für diese Übung bewusst außer Acht lassen. Sie sollten sich eine möglichst bildhafte Vorstellung von dem machen, was passieren kann. Achten Sie darauf, was Sie sehen und fühlen und sprechen Sie dies laut aus. Berichten Sie mir von Ihren Vorstellungen und Bildern, so als wären Sie gerade in der Situation. Zwischendurch stelle ich Ihnen ein paar Fragen. Die sollen Ihnen helfen, sich noch intensiver mit Ihren Ängsten auseinander zu setzen. Manchmal wissen Sie auf eine Frage vielleicht keine genaue Antwort. Antworten Sie dann immer so, wie Sie es sich am schlimmsten vorstellen können. Stellen Sie sich vor, Sie gehen das nächste Mal zum Arzt. Der Arzt untersucht Sie ziemlich ausführlich. Danach kommt er zu Ihnen und schaut sehr ernst. Er sagt: »Es tut mir Leid, wir haben beim letzten Mal wohl etwas übersehen. Wir mussten bei Ihnen einen bösartigen Tumor feststellen. Leider ist jede andere Erklärung ausgeschlossen.«

Mittels Fragen des Therapeuten sowie Antworten und Schilderungen des Patienten soll dieses Drehbuch weiter »geschrieben« werden. Folgende Fragen können helfen, das Drehbuch entsprechend der schlimmsten Befürchtungen weiter zu entwickeln.

Weitergehende Fragen während der Worst-Case Konfrontation

- Was sagt der Arzt zu Ihren Überlebenschancen? Wie lange haben Sie noch zu leben?
- Was machen Sie an dem Tag, an dem der Arzt Ihnen die Diagnose mitgeteilt hat?
- Wie geht es weiter? In den nächsten Tagen... den nächsten Wochen... den nächsten Monaten...
- Wie reagiert Ihr Partner, wenn Sie es ihm erzählen?
- Wie reagieren Ihre Kinder, wenn Sie es ihnen erzählen?
- Was geschieht mit Ihrer Familie / Ihren Kindern / Ihren Eltern / Ihren Freunden?
- Gehen Sie noch zur Arbeit? Wie ist das?
- Werden Sie eine Behandlung bekommen? Wie sieht die aus? Wie wird es Ihnen dabei gehen?



- Werden Sie Schmerzen haben?
- Werden Sie Einschränkungen erleben?
- Wird sich Ihr Körper verändern?
- Mit welchem Gefühl würden Sie aus der Welt scheiden?
- Wie wird Ihre Beerdigung sein?
- Wie werden die Menschen (Partner, Kinder ...) ohne Sie zurechtkommen?

Hat man eine bildliche Vorstellung / einen Gedanken gefunden, der ausgeprägte Ängste auslöst, ist es wichtig, dabei zu verharren und sich diese so genau wie möglich auszumalen. Wenn dies gelingt, kommt es bei längerer Auseinandersetzung in der Regel zu einem deutlichen Nachlassen der Angst/Anspannung. »Schaukelt« sich der Patient jedoch von einer unangenehmen Vorstellung zur nächsten, ist eine Habituation nicht realistisch. Im Folgenden findet sich ein beispielhafter Therapiedialog, der den Prozess in leicht verkürzter Form zeigt:

Bei einer Katastrophenkognition bleiben

Therapie & Dialog

Worst-Case Konfrontation, Teil 3: Beispieldialog

Therapeut: Der Arzt sagt Ihnen, dass bei Ihnen Magenkrebs festgestellt wurde. Es gäbe keinen Zweifel. Beschreiben Sie mir, wie es Ihnen in der Situation geht, so als seien Sie jetzt gerade in dieser Arztpraxis.

Patient: Es ist schrecklich. Ich weiß gar nicht was ich machen soll. Ich frage den Arzt, was meine Prognose ist ...

Therapeut: Was sagt der Arzt, wie lange Sie noch zu leben haben?

Patient: Das weiß ich doch nicht.

Therapeut: Was wäre das Schlimmste, das er sagen könnte?

Patient: Er sagt, dass der Tumor weit fortgeschritten ist und er mir höchstens 3 Monate gibt.

Therapeut: Wie geht es weiter?

Patient: Ich teile die Diagnose meiner Familie mit. Erst meiner Frau, die schaut starr vor sich hin. Dann spreche ich zusammen mit meiner Frau mit meiner Tochter. Sie beginnt zu weinen.

Therapeut: Wie geht es Ihnen dabei?

Patient: Mir geht es furchtbar. Mir ist übel. Ich kann es kaum ertragen, meine Familie so traurig zu sehen. Meine arme Tochter, sie weiß gar nicht, was sie tun soll.

Therapeut: Sie machen das sehr gut. Wie geht es weiter mit Ihrer Erkrankung?



Patient: Ich komme in ein Krankenhaus. Ich habe große Schmerzen. Man gibt mir Schmerzmittel. Ich bekomme immer weniger mit, es ist wie ein Schleier. Meine Angehörigen besuchen mich. Es ist schlimm. Sie sind so traurig. Aber sie versuchen, es sich nicht anmerken zu lassen.

Therapeut: Wen sehen Sie vor sich, wenn Sie an Ihre traurige Familie denken?

Patient: Meine Frau... meine Tochter in der Schule ... (Dem Patienten fällt das Sprechen sichtlich schwerer.) Sie hat es jetzt schon nicht leicht. Ich kann die Vorstellung kaum ertragen, dass sie ohne Vater aufwachsen soll.

Therapeut: Wie wird es mit ihr weitergehen?

Patient: Sie wird sich noch mehr zurückziehen. Vielleicht depressiv werden. Den Anschluss in der Schule verlieren. Und sie wird nur noch traurig sein, und die anderen Kinder wollen nichts mit ihr zu tun haben.

Therapeut: Versuchen Sie sich das Bild ihrer Tochter in der Schule oder allein in ihrem Zimmer ins Bewusstsein zu rufen. Bleiben Sie bei dem Bild. – Beschreiben Sie mir, was Sie in Ihrer Vorstellung sehen ...

Die Vorstellung, dass seine Tochter leidet und dadurch ins »Abseits« geraten könnte, war für den Patienten während der Vorstellungsübung am schlimmsten. Diese Bilder riefen bei ihm körperliches Unwohlsein und intensive Ängste hervor. In der Exposition blieb er gedanklich so lange bei dieser Vorstellung, bis sie ein Teil ihres Schreckens verlor. Auf diese Weise konnte der Patient erfahren, dass er diesen Vorstellungen aushalten kann. Zwar fühlt er sich nicht gut dabei, aber dennoch ist er ihnen emotional gewachsen.

Häufig kommen auch durch die Exposition erstmals Themen zu Tage, die zuvor nie angesprochen wurden, aber wichtig für die Therapie sein könnten. Die folgende Liste zeigt mögliche Vorstellungen, die mit der Worst-Case Konfrontation verbunden sein können.

Katastrophen-Vorstellungen über den Worst Case

- Ich werde elendig zugrunde gehen (nicht mehr klar bei Bewusstsein sein, unerträgliche Schmerzen haben, nicht mehr sprechen können, mich nicht mehr bewegen können,...)
- Meine Kinder werden es ohne mich nicht schaffen (schaffen die Schule nicht, werden von anderen verprügelt, kommen auf die schiefe Bahn,...)



- Ich kann meine Lieben nicht leiden sehen
- Ich hätte mich anders verhalten müssen. / Ich kann meine Fehler nicht mehr gut machen.
- Mein Mann sucht sich eine andere.
- Ich wollte noch so viel erleben.
- Ich werde ein wichtiges Lebensziel nicht mehr erreichen.

Diese Kognitionen liefern oftmals viel Material für weitere Sitzungen. Nicht selten stehen allgemeine, dysfunktionale Grundannahmen hinter diesen Katastrophen-Vorstellungen. Zum Beispiel trifft man bei überprotektiven Müttern gehäuft auf die Überzeugung »Mein Kind schafft es ohne mich nicht.«, an der man kognitiv und verhaltensorientiert vielseitig arbeiten kann. Eine sinnvolle Beschäftigung mit diesen Grundannahmen nimmt i.d.R. mehrere Sitzungen in Anspruch. Dies kann ausgesprochen hilfreich sein, führt aber zunächst vom Thema »Konfrontation mit den Ängsten« weg.

Bleibt man eng an der Aufgabe von Vermeidungsverhalten, bietet sich die Besprechung von Aspekten an, die sich auf Veränderungen der Vorstellungen beziehen:

Fragen zur Nachbearbeitung der Exposition

- Haben sich Bilder verändert?
- Haben sich Gefühle zu den Bildern verändert?
- Wie wäre es, wenn Sie sich nochmals diesen Bildern aussetzen?
- Was würde passieren, wenn Sie sich häufiger diesen Bildern aussetzen?

Das erarbeitete »Drehbuch« muss festgehalten werden, und die Auseinandersetzung damit ist zu wiederholen. Eine gute Möglichkeit ist, die Exposition auf einen Tonträger aufzunehmen und dem Patienten diesen mit nach Hause zu geben. Alternativ kann der Patient seine Gedanken und Bilder niederschreiben. Bei Patienten, denen die Introspektion schwer fällt, ist es sinnvoll, mit dem Schreiben bis zum Abschluss der Exposition zu warten, um den Prozess nicht immer wieder durch Schreiben zu unterbrechen. Bei Patienten, bei denen das Aussprechen oder Aufschreiben den emotionalen Zugang erhöht, sollte bereits während der Exposition das Wichtigste notiert werden. Es ist darauf zu achten, dass der Text in den entscheidenden Punkten detailliert ist, so dass der Text auch beim Lesen zu Angst oder Anspannung führt. Den Text oder Tonträger sollte der Patient sich in der Folge täglich vornehmen. Dabei wird die Übung stets so lange gemacht, bis es zu

Bearbeitung dahinter stehender Grundannahmen

Tonaufnahme mitgeben

Aufschreiben während oder nach Exposition

einem Abfall der Angst gekommen ist. Er sollte sich nicht ablenken oder gut zureden.

Lässt es das Setting zu, sollte die nächste Sitzung in einem kürzeren Zeitabstand vereinbart werden. Dies verhindert größere Misserfolgsergebnisse und bietet die Gelegenheit zu einer baldigen Wiederholung der Übung in Anwesenheit des Therapeuten. So erscheinen die Patienten in einigen Fällen in der darauf folgenden Sitzung und haben die Aufgabe gar nicht oder unvollständig gemacht. Meistens wird dann berichtet, dass die Aufgabe aus Angst nicht durchgeführt wurde. Alternativ schildern Patienten auch, dass es ihnen so schlecht bei der Beschäftigung mit dem Worst Case gegangen sei, dass sie die Übung abbrachen. Zunächst sollte geklärt werden, ob der Patient das Prinzip der Konfrontation verstanden hat. Mitunter ist es für die Patienten noch nicht nachvollziehbar, dass sie etwas unternehmen sollen, mit dem es ihnen kurzfristig schlecht geht. Danach sollte die Übung noch einmal wiederholt werden. Nach einem zweiten Durchgang mit dem Therapeuten gelingt es fast allen Patienten, die Exposition auch selbstständig durchzuführen.

Die Exposition in sensu hat bei Patienten, die sich intensiv auf ihre Vorstellungen einlassen können, häufig einen großen Einfluss auf die Ängste. Viele Patienten erleben diese Konfrontation als Wendepunkt in der Behandlung, weil sich die Symptomatik spürbar verändert. Für die Exposition in sensu bestehen nur wenige Kontraindikationen. Bei Suizidalität oder schwerer Depression sollte selbstverständlich von dieser Form der Exposition abgesehen werden. Bestehen zu diesem Zeitpunkt der Therapie noch deutliche Zweifel an der Therapiemotivation des Patienten oder steht nicht mehr genügend Zeit zur Verfügung (es sollten vor Beginn der Exposition noch mindestens fünf Sitzungen durchführbar sein), sollte man ebenfalls auf die Übung verzichten.

Kontraindikationen

Aufsuchende Exposition

Einige Patienten fürchten sich vor ganz bestimmten Orten oder Situationen und vermeiden sie in Folge dessen. Da Vermeidung ein weiterer aufrechterhaltender Faktor für die Krankheitsängste darstellt, sollte hier die Exposition in vivo eingesetzt werden. Besteht sicherheitssuchendes Verhalten, das in Angstsituationen eingesetzt wird, um die Angst zu reduzieren (z. B. Mitnahme von Handy oder Telefonnummer des Arztes), ist zudem auf eine Reaktionsverhinderung zu achten.

Die bereits im Vorfeld erstellte Angsthierarchie mittels ► Arbeitsblatt 23 (► Kap. 3.3.4) liefert Material für geeignete Expositionen. Bei der Durchführung der Exposition sollte mit der Situation begonnen werden, die für den Patienten die größte Herausforderung darstellt. Auf diese Weise ist ein schnellerer Erfolg erreichbar und eine Generalisierung »nach unten« wird ermöglicht. Allerdings sollte der Therapeut seinen Patienten für ausreichend motiviert und informiert halten, so dass er sich in korrekter Form mit der Situation konfrontieren kann. Das

Vorgehen gleicht dem bei Panikstörung mit Agoraphobie: Die gefürchteten Situationen werden zunächst gemeinsam mit dem Therapeuten aufgesucht. Ablenkung, auch in gedanklicher Form, sollte nicht stattfinden. Sicherheitssignale sollten zuvor abgelegt werden. Mögliche weitere Reaktionsverhinderung (z. B. Checking Behavior) sollte ebenfalls unterlassen werden. Die Situation wird dann verlassen, wenn es zu einer deutlichen Reduktion der Ängste gekommen ist.

Auch das Schauen von Fernsehbeiträgen über gefürchtete Erkrankungen bietet sich als Konfrontationsmethode an. Hierbei ist es sinnvoll einen kürzeren Abschnitt mehrmals zu sehen, um den Angst reduzierenden Effekt zu verdeutlichen und dem Patienten schnell Erfolgserlebnisse zu vermitteln.

Benötigt man schriftliche Materialien, eignen sich für das Thema Krebs die Broschüren der Deutschen Krebshilfe. Diese sind auch über das Internet erhältlich (www.deutsche-krebshilfe.de). Nachfolgend werden konkrete Hinweise zur Durchführung einer möglichen Exposition mit schriftlichen Krankheitsinformationen gegeben:

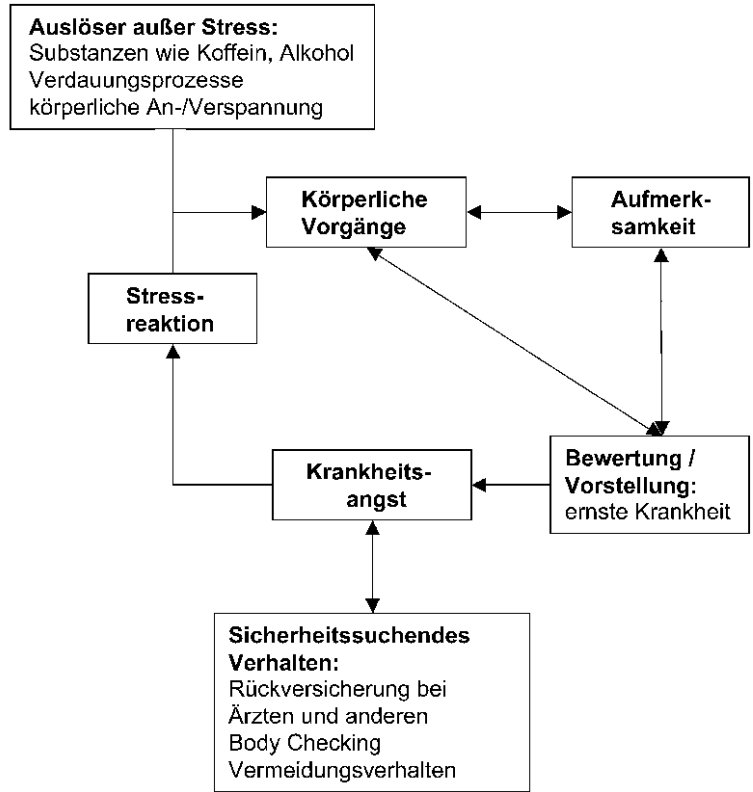
Therapie & Dialog

Beispielexpositionen in vivo: Lesen von Krankheitstexten

Für den Patienten wird eine Textstelle herausgesucht, die nicht mehr als einige Seiten umfasst. Das Material sollte sich so genau wie möglich auf die konkreten Ängste des Patienten richten. Idealerweise hat der Text für einen Patienten mit Angst vor Prostatakrebs nicht nur diese Krankheit zum Thema, sondern beinhaltet diejenigen Aspekte, die individuell die meiste Angst auslösen (z.B. die Symptome, die Behandlung, die Häufigkeit oder die Prognose). Vor, mehrmals während und nach der Übung schätzen die Patienten ihre Angst auf der bekannten Skala von 0 bis 10 ein.

Der Patient soll die ausgewählten Seiten laut und aufmerksam lesen. Nach jedem potentiell angstausslösenden Satz wird eine Pause gemacht. Der Patient beschreibt, was ihm dabei durch den Kopf geht und schätzt die Angsthöhe ein. Der Therapeut unterstützt den Patienten dabei, keine gedankliche Vermeidung vorzunehmen. Auch kann er die Angsthöhe mittels einer Verlaufskurve festhalten. Beobachtet der Therapeut, dass bestimmte Sätze oder Passagen für den Patienten besonders unangenehm sind, bittet er diesen, den Satz bzw. die Passagen mehrmals zu lesen. Meist reicht es aus, wenn der Patient die entsprechenden Seiten 3-4mal liest. Üblicherweise flacht die Angst bei wiederholter Auseinandersetzung deutlich ab. Der Patient soll sich auch alleine nochmals mit dem Text auseinandersetzen. Ohne Therapeut kommt es üblicherweise nochmals zu einem Anstieg der Angst. Bei wiederholter Auseinandersetzung stellt sich eine Reduktion der Ängste ein.

■ **Abb. 3.10.** Vollständiges Erklärungsmodell



Zusammenfassung zu sicherheitssuchendem Verhalten

Es ist sinnvoll, Body Checking, Rückversicherung und Vermeidung als Kategorie zusammenzufassen. Hierzu eignet sich der bereits erwähnte Überbegriff des sicherheitssuchenden Verhaltens. Diesen Verhaltensweisen ist gemeinsam, dass sie erheblich zu einer Aufrechterhaltung der Krankheitsangst beitragen. Wenn es möglich und sinnvoll ist, sollte das Verhalten unterbunden werden. Situationen und Vorstellungen, die bisher vermieden wurden, sollten aufgesucht werden. Wichtigste Typen von Expositionen sind bei der Hypochondrie die Exposition mit körperlichen Missempfindungen, die gedankliche Worst-Case Konfrontation sowie die Exposition in vivo. Schließlich sollte das sicherheitssuchende Verhalten in das umfassende Erklärungsmodell integriert werden ■ Abb. 3.10.

3.4 Weitere Therapie und Therapieabschluss

Die in den ► Kap. 3.1 bis 3.3 beschriebene Vorgehensweise ist so konzipiert, dass sie in einer ambulanten Kurzzeittherapie durchgeführt werden kann. Dabei besteht die Möglichkeit, nicht selten auch die Notwendigkeit, einzelne in der Therapie angesprochene Themen zu intensivie-

ren (► Kap. 3.4.1). Dabei werden die Aspekte Stressbewältigung, Grundannahmen, Paargespräche sowie Verstärkungsbedingungen im Folgenden näher beleuchtet. Natürlich spielt auch die Behandlung der komorbiden Störungen eine Rolle (► Kap. 3.4.2). Zur Pharmakotherapie bei Hypochondrie gibt es bisher nur wenige Studien, der gegenwärtige Kenntnisstand wird in ► Kap. 3.4.3 zusammengefasst. Unabhängig davon, ob die in diesem Abschnitt angesprochenen Inhalte verwendet werden, wird im ► Kap. 3.4.4 ein Vorschlag zum Abschluss der Therapie vorgestellt.

3.4.1 Ergänzende Therapiebausteine

Stressbewältigung

Viele Patienten befinden sich in chronischen Belastungssituationen. Diese tragen mit dazu bei, dass sich körperliche Symptome entwickeln und das allgemeine Wohlbefinden beeinträchtigen. Bereits, wenn das Thema Stress erarbeitet wird (► Kap. 3.2.2), kommt man üblicherweise auf diese Belastungen zu sprechen. Bei ausgeprägtem chronischen Stress, für den der Therapeut eine realistische Möglichkeit zur Bewältigung sieht, sollte in jedem Fall eine Bearbeitung erfolgen. Mögliche Themen sind dabei weit gefächert und unterscheiden sich nicht von denen von Patienten mit anderen psychischen Störungen. Dem entsprechend sind auch die Interventionsstrategien vielfältig:

veränderbarer, chronischer Stress

Beispiele zur Stressbewältigung

- Eine Patientin wünscht sich, dass ihr Partner sie bei der Kindererziehung und im Haushalt mehr unterstützt. Andererseits argumentiert sie aber, dass sie ihm eine Mehrbelastung nicht zumuten möchte, da er bereits jetzt überlastet wirkt. Es wird nach Entlastungsmöglichkeiten für beide gesucht. Nach therapeutischen Diskussionen beschließt die Patientin, dass sie ihren Mann bittet, bestimmte Pflichten zu übernehmen. Das Gespräch wird im Rollenspiel geprobt und dann von ihr durchgeführt. Der Mann verpflichtet sich, an einem festen Abend für das Kind verantwortlich zu sein, so dass die Patientin diesen Abend für sich nutzen kann. Auch wenn dies weniger ist, als sich die Patientin gewünscht hat, freut sie sich über die Entlastung und darüber, dass ihr Gespräch eine bleibende Wirkung erzielt hat.
- Ein Rechtsanwalt leidet unter seiner 60- bis 70-Stunden Woche. Wenn er weniger arbeitet, kommt er langsamer voran. Dies traut



er sich nicht zu, da er befürchtet, so Kunden zu verlieren. Die dysfunktionale Annahme »Wenn ich weniger arbeite, verliere ich meine Kunden« wurde zunächst konkretisiert (50 Stunden Arbeit, Verlust eines Drittels des Kundenstamms) und dann mittels kognitiver Umstrukturierung hinterfragt sowie »zu Ende gedacht« (wie geht es mit nur 2/3 der Kundschaft weiter?). Der Patient beschloss, die 50-Stunden Woche auszuprobieren und konnte so die Erfahrung machen, keinen Kunden zu verlieren.

- Eine Patientin hat Schwierigkeiten, Wünsche anderer abzuschlagen. So gibt sie für den Sohn der Nachbarin unentgeltlich Nachhilfe. Diese ruft häufig an und »melde« den Sohn dann kurzfristig an. Die Patientin ist mit dem eigenen Haushalt ausreichend beschäftigt, traut sich jedoch nicht, den Wunsch der Nachbarin abzuschlagen. Nach der Nachhilfe ärgert sie sich stets, dass sie dafür ihre Arbeit unterbrechen musste. Hier wurden Rollenspiele genutzt, um mit der Patientin einzuüben, wie sie der Nachbarin absagen und eine Entlohnung fordern kann. Durch diese Intervention fühlte sich die Patientin entlastet, da sie sich der externen Zusatzbelastung weniger ausgeliefert fühlte.

Wie o.g. Darstellungen zeigen, ist oft kein umfassendes Stressbewältigungstraining notwendig. Zumeist kommen einige wenige verhaltenstherapeutische Standard-Interventionen zur Anwendung.

Grundannahmen

Vielen Patienten stehen übergeordnete, dysfunktionale Annahmen oftmals im Weg und verhindern ein psychisches und gesundheitliches Wohlbefinden. Bereits im ► Kap. 3.3.6 wurde in Zusammenhang mit der Konfrontation bereits erwähnt, dass bei der Worst-Case Konfrontation oftmals solche Grundannahmen zu Tage treten. Dabei können die Überzeugungen sehr eng mit der Hypochondrie verknüpft sein, aber auch keinen Bezug zu ihr haben. In der folgenden Übersicht werden Grundannahmen aufgelistet, bei denen ein Bezug zur Hypochondrie besteht.

Beispiele für hypochondriebezogene Grundannahmen

- Alles, was irgendwie schlimm ist, stößt mir zu.
- Ich bin gesundheitlich nicht so belastbar wie andere.
- Ich bin psychisch nicht so stabil wie andere Menschen.
- Ich werde mein Leben lang therapeutische Betreuung benötigen.
- Ich muss ganz viel tun um zu verhindern, dass mir etwas zustoßt.

Unabhängig davon, wie nah der Bezug der Annahmen zu Krankheitsangst ist, wird ihnen vor allem mit kognitiver Therapie begegnet. Ausführliche und gute Anleitungen dazu geben Wilken (2006) und Beck (1999). Folgende Fallbeispiele geben einen Abriss über die Bearbeitung von Grundannahmen.

Fallbeispiel

Ich bin gesundheitlich nicht so belastbar wie andere

Eine Patientin, die neben der Angst vor Brustkrebs eine ausgeprägte Infektanfälligkeit hat, bildete im Laufe ihrer Lebensgeschichte diese Überzeugung aus. Sie hielt ihre geringe Belastbarkeit für ein stabiles körperliches Merkmal, das ihr von Geburt an mitgegeben sei. Sie wurde gebeten zu überlegen, ob es Phasen geringer Infektanfälligkeit und größeren körperlichen Wohlbefindens gegeben hat. Die Patientin konnte eine Episode nennen, in der sie noch keine Kinder hatte und halbtags (statt wie sonst in Vollzeit) gearbeitet hat. Gemeinsam wurde herausgearbeitet, dass sie in dieser Phase außergewöhnlich wenig Stress erlebt hat. Der Patientin wurde erklärt, dass chronischer Stress das Immunsystem schwächt. Sie konnte ihre Überzeugung allmählich in »Wenn ich über längere Zeit viel Stress habe, bekomme ich Erkältungen.« verändern. Im nächsten Schritt wurde dann gemeinsam überlegt, was die Patientin bereits tut und was sie noch tun könnte, um chronische Stressbelastungen zu vermeiden.

Fallbeispiel

Ich bin psychisch nicht stabil und muss mein Leben lang in Psychotherapie bleiben

Der 39-jährige Patient entwickelte vor fünfzehn Jahren eine Panikstörung, zu der vor fünf Jahren eine Hypochondrie hinzukam. Die Panikstörung hat er durch eine Therapie vor vier Jahren größtenteils bewältigt. Die Krankheitsangst hat der Patient bereits zu einem guten Teil im Griff. Der Patient wurde gebeten, seine Argumente für die Überzeugung zu nennen, psychisch nicht stabil zu sein. Neben den beiden Störungsbildern gab er an, ständig darüber zu grübeln, ob er sich »normal« verhält und wie ein »gesunder« Mensch denkt. Paradoxerweise führte der Patient vor allem das Grübeln dafür an, dass er nicht normal sei. Gemeinsam wurde erarbeitet, dass, wenn er es schafft, das Grübeln zu vermindern, er sich auch psychisch gesünder fühlen würde. Es wurde eine Grübelstunde am Abend eingerichtet, und während des Tages lernte der Patient, seine Grübeleien mit dem Satz »Ich will gesund sein.« zu unterbrechen. Im Folgenden sollte der Patient überlegen, was es für Nach- und Vorteile hat, wenn er sein Leben lang in



Psychotherapie bliebe. Er beschrieb es als ein Gefühl der Sicherheit zu wissen, dass immer jemand danach schaut, dass es besser oder zumindest nicht schlimmer wird. Andererseits hatte er nach den beiden bisherigen Therapien das Gefühl, dass sich die Themen wiederholen und er eigentlich recht genau wisse, was er gegen seine psychischen Probleme unternehmen kann. Mit dem Patienten wurde weiterhin besprochen, dass eine Fortführung der Therapie seine These, dass er psychisch instabil sei, unnötig bestätige. Nach einer Wiederholung seiner Fähigkeiten und Kenntnisse im Umgang mit Panik und Krankheitsangst entschied er sich schließlich, die Therapie zu beenden.

Paargespräche oft sehr hilfreich

Paargespräche

Auch Paargespräche können im Kontext der Hypochondrie, aber auch anderer Themen ausgesprochen hilfreich sein. Typische Themen für Paargespräche in Zusammenhang mit der Krankheitsangst sind die folgenden:

Mögliche Themen für Paargespräche

1. Patient nutzt Partner zur Rückversicherung: Dies ist das häufigste Thema von Belastungen innerhalb der Partnerschaft Krankheitsängstlicher. Viele Patienten fragen ihren Partner, ob die eigenen Körpersymptome etwas Schlimmes bedeuten können und man besser zum Arzt gehen sollte. Im Rahmen der Verminderung von Rückversicherung (► Kap. 3.3.3) wurde ausführlich beschrieben, wie mit dem Verhalten allgemein umzugehen ist. Da der Partner mitunter mehrere Jahre mehr oder weniger gern zur Rückversicherung zur Verfügung stand, ist es sinnvoll, das neue Vorgehen im Rahmen eines Paargesprächs zu erläutern. Dabei wird der Patient gebeten, seinem Partner selbst zu erklären, warum er in Zukunft nicht mehr für Rückversicherungen zur Verfügung stehen sollte. Richtet der Patient dennoch wieder rückversichernde Fragen an ihn, kann er mit einem bestimmten Satz antworten. Im Verlauf des Gesprächs einigt man sich auf einen Satz, wie z. B. »Wir haben besprochen, dass ich dir darauf keine Antwort geben soll.«.
2. Belastung der Partnerschaft durch Krankheitsangst: Die meisten Partnerschaften sind durch die Krankheitsangst des Patienten belastet, vor allem deshalb, weil sich das Verhalten und Erleben der Patienten mit zunehmender Chronizität immer mehr auf das Thema Krankheit beschränkt. Viele krankheitsängstliche Pati-



enten merken, dass ihr Partner keine Toleranz mehr für ihre Sorgen hat und ziehen sich zurück. Darüber hinaus werden im Verlauf der Krankheitsangst immer mehr gemeinsame positive Aktivitäten aufgegeben, z. B. entfernen sich einige Patienten räumlich nur ungern weiter weg von den Ärzten ihres Vertrauens, um Urlaub oder Ausflüge zu machen. Auch wenn im Rahmen der Behandlung solche Aktivitäten allmählich wieder aufgebaut werden sollten, ist es oft hilfreich, in einem Paargespräch die durch die Einschränkungen erzeugte Frustration anzusprechen und gemeinsam positive Aktivitäten zu planen.

3. Positive Aspekte der Krankheitsangst: Zuweilen kommt es vor, dass die Hypochondrie mit Vorteilen für den Patienten verbunden ist. Dies kann zum Einen bewusst durch den Partner in Form von Zuwendung und Unterstützung geschehen, um es dem ohnehin belasteten Patienten leichter zu machen. Zum Anderen ist möglich, dass die beiden Partner bestehenden Konflikten durch die Krankheitsangst bisher aus dem Wege gehen konnten. Wird die Hypochondrie zunehmend bewältigt, fällt dies immer schwerer. Oft hat der Partner auch Wünsche an den Patienten, wenn dieser weniger beeinträchtigt wirkt. Je nach Schweregewicht der Konflikte sind hier einzelne Paargespräche oder z. B. bei Trennungsfragen auch eine Paartherapie indiziert.

Andere Verstärkungsbedingungen

Die von psychoanalytischen Therapeuten auch gern als »sekundärer Krankheitsgewinn« bezeichneten Verstärkungsbedingungen kamen bisher kaum zur Sprache. Auch wenn sekundärer Krankheitsgewinn unserer Ansicht nach so gut wie nie ein zentraler Grund für Entstehung oder Aufrechterhaltung der Hypochondrie ist, können andere Verstärkungsbedingungen außer den bisher genannten einen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Störung leisten. Dem entsprechend wird ein Behandlungserfolg erschwert, wenn dadurch negative oder positive Verstärkung entfällt. Typische Beispiele dafür sind:

- Eine Patientin befürchtet, dass ihr Mann sie verlässt, wenn sie wieder gesund ist.
- Eine Patientin »entkommt« durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund ihrer psychischen Belastung einer Mobbing-Situation am Arbeitsplatz.
- Ein Patient entgeht den meisten seiner familiären Verpflichtungen, da er sich für seine Arbeit »zusammenreißt«, aber außerhalb dessen keine weitere Belastung mehr aushalten kann.

»sekundärer Krankheitsgewinn«

Behandlung nicht immer sinnvoll

3

Auch wenn der Therapeut diese Verstärkungsbedingung schon früh erkennen mag, ist vorsichtig zu prüfen, ob, wann und wie er diese anspricht. Eine Bearbeitung dieser Themen sollte deshalb zu einem Zeitpunkt erfolgen, wenn der Therapeut überzeugt ist, dass ausreichende Coping-Fähigkeiten bestehen oder aufgebaut werden, den Verstärkerverlust auszugleichen.

3.4.2 Komorbidität

In einigen Fällen bessert sich auch eine depressive oder Angstsymptomatik, wenn die Hypochondrie erfolgreich behandelt wird. In der Regel muss jedoch auch die komorbide Symptomatik umfassend behandelt werden, wenn sie diagnostiziert wurde und der Patient sie zum Therapieauftrag gemacht hat.

Es lassen sich schwerlich allgemeingültige Regeln dafür aufstellen, welche Störung zuerst behandelt werden sollte. Normalerweise wird zumeist die Störung zuerst behandelt,

- die den schnelleren Erfolg in Aussicht stellt.
- die der Behandlung der anderen Störungen im Wege stehen könnte (z. B. eine Depression bei ausgesprochener Antriebsarmut).
- die der Grund für das Aufsuchen des Therapeuten war.
- mit der der größere Leidensdruck verbunden ist.

Dabei wurde in dieser Aufzählung die Reihenfolge in abfallender Priorität gewählt.

Auch wenn Komorbidität in der ambulanten Psychotherapie eher die Regel als die Ausnahme ist, fehlen hier bisher sowohl umfassende Studien als auch therapeutische Richtlinien zum Umgang mit diesem Problem. Besteht die Hypochondrie als komorbide Störung und ist weniger stark ausgeprägt, kann das in ► Kap. 5.2 dargestellte verkürzte Therapieprogramm herangezogen werden.

3.4.3 Pharmakotherapie

Die Befundlage zur Wirkung von Psychopharmaka ist außerordentlich bescheiden. Aufgrund der Studien lässt sich leider auch kaum schlussfolgern, welches Medikament das Beste ist, sondern vielmehr, für welches überhaupt Wirksamkeitsnachweise vorliegen.

Alle der getesteten Psychopharmaka sind Antidepressiva, und davon am besten untersucht wurden die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Primäres Behandlungsziel aller im Folgenden berichteten Studien war die Reduktion der hypochondrischen Symptomatik.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Mehr oder minder kleine Studien wurden bisher für die Wirkstoffe Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin und Clomipramin publiziert.

Für Fluoxetin liegt die einzige randomisiert-kontrollierte Doppelblind-Studie vor: Fallon et al. (1996) nahmen 25 Patienten in die Studie auf, von denen 5 wegen Erfolgen in einer zweiwöchigen Placebo-Vorphase oder wegen mangelnder Compliance ausgeschlossen werden mussten. Fünf weitere Patienten fielen während der 12-wöchigen Behandlungsphase aus, so dass die folgenden Aussagen nur für die verbleibenden 15 Patienten (60%) gelten. Am Ende der Behandlung wurden 8 von 10 Patienten (80%) mit Fluoxetin als deutlich verbessert eingeschätzt, jedoch galt dies auch für 3 von 5 Patienten (60%) mit Placebo. Bei strengerem Erfolgskriterien verändern sich die Erfolgsraten auf 50% vs. 16%. Darüber hinaus berichten eine unkontrollierte Studie mit 10 von 14 Respondern (16 Patienten waren in die Studie aufgenommen worden) (Fallon et al., 1993) sowie zwei Veröffentlichungen über drei Kasuistiken über Erfolge mit Fluoxetin.

Belege für Fluvoxamin finden sich bei Fallon (2001). In diese unkontrollierte Studie wurden 18 Patienten eingeschlossen. Nach der 6-wöchigen Behandlungsphase befanden sich noch 11 Patienten in der Untersuchung, von denen 8 (73%) als Responder eingeschätzt wurden. Außer dieser Veröffentlichung findet sich eine weitere Kasuistik, in der über den Erfolg mit Fluvoxamin berichtet wird.

Paroxetin wurde in einer unkontrollierten Studie von Oosterbaan et al. (2001) verwendet. Dieses Medikament erhielten zu Beginn 11 Patienten, und 8 von 9 Patienten, die die Studie beendeten, waren klinisch signifikant verbessert. Fünf Patienten lagen zum Abschluss mit ihren Fragebogenwerten im Bereich der Normalpopulation. Von einer niederländischen Arbeitsgruppe (Greeven et al., 2006) ist die Veröffentlichung einer viel versprechenden randomisiert-kontrollierten Studie in Vorbereitung, in der Paroxetin mit kognitiver Verhaltenstherapie sowie Placebo verglichen wird und sich bis zum Behandlungsabschluss beide Therapien als vergleichbar erfolgreich erweisen.

Für den Erfolg mit Clomipramin finden sich zwei Kasuistiken.

Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)

Eine erste Studie von Kjernisted et al. (2002) testete den Erfolg von Nefazodon. Neun von 11 Patienten beendeten die Therapie, und von diesen wurden 5 (56%) als deutlich verbessert eingeschätzt. Fragebogenwerte für die Gesamtgruppe verändern sich im Verlauf der Behandlung für die Illness Attitude Scale signifikant, für den Whiteley-Index tendenziell.

Fluoxetin

Fluvoxamin

Paroxetin

Nefazodon

Imipramin**Trizyklische Antidepressiva**

In einer Studie mit Imipramin (Wesner & Noyes, 1991) zeigten alle 8 über mindestens 4 Wochen behandelte Patienten mindestens moderate Veränderungen, ein Patient war danach symptomfrei. Zwei Patienten hatten die Behandlung abgebrochen. Darüber hinaus finden sich drei Kasuistiken, die über Erfolge von Imipramin berichten.

Fluoxetin am besten untersucht**Zusammenfassung zur Pharmakotherapie**

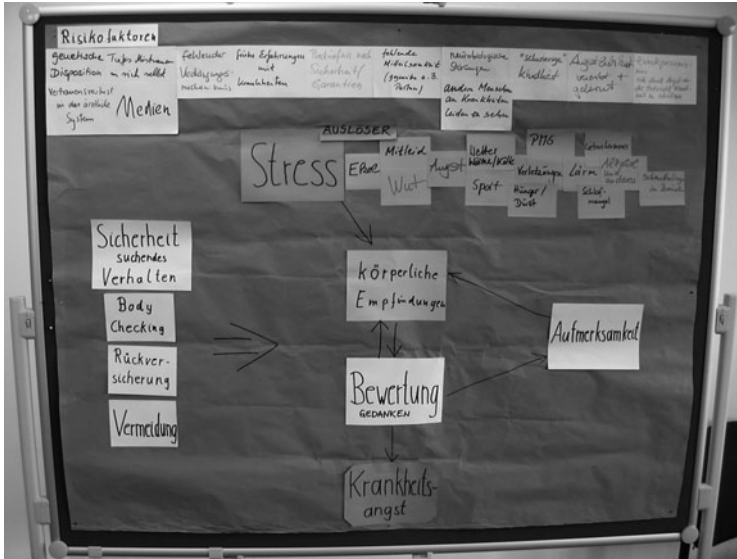
Im Vergleich zur Evaluation der kognitiven Verhaltenstherapie steckt die pharmakotherapeutische Forschung für Hypochondrie noch in den Kinderschuhen. Üblicherweise kommen Antidepressiva zur Anwendung. Dabei wurden vor allem die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer überprüft, und die einzige kontrollierte Studie zeigt eine leichte Überlegenheit von Fluoxetin gegenüber Placebo. Für Paroxetin ist eine Publikation zum Erfolgsnachweis in Vorbereitung. Die Abbruchraten in den pharmakologischen Untersuchungen übersteigen die in verhaltenstherapeutischen Studien deutlich. Lässt man dies außer Acht, finden sich kurzfristig vergleichbare Erfolge. Jedoch ist zu bedenken, dass alle Patienten zum Abschlusszeitpunkt noch unter Medikation standen und keine Behandlung länger als 12 Wochen evaluiert wurde.

In Anbetracht dieser Informationen ist gut zu überlegen, ob eine pharmakotherapeutische Behandlung eines krankheitsängstlichen Patienten indiziert ist, zumal Medikamente das organmedizinisch ausgerichtete Modell der Patienten verstärken können. Insbesondere bei Patienten, bei denen keine Erfolge durch Psychotherapie erzielt werden konnten, ist eine Pharmakotherapie zu erwägen. Einige der o.g. Untersuchungen berichten über einzelne Erfolge bei so genannten »Psychotherapie-Versagern«.

3.4.4 Abschluss der Behandlung**Zusammenfassung der Erklärungen für Krankheitsangst und körperliche Beschwerden**

Dieses Manual ist so aufgebaut, dass im Laufe der Therapie eine Reihe von Erklärungsmöglichkeiten für die Krankheitsangst und die körperlichen Missempfindungen behandelt wird. Hat man sämtliche Erklärungen wie vorgeschlagen auf einem großen Papier zusammengetragen, sollte der Patient zum Abschluss der Therapie mit eigenen Worten zusammenfassen, warum die Krankheitsangst bei ihm so ausgeprägt wurde. Besteht bisher kein schriftlich festgehaltenes Gesamtmodell, bietet die Erstellung eines solchen eine gute Möglichkeit, den Patienten das Gelernte zusammentragen zu lassen und gemeinsam ein Modell zu erstellen.

► Arbeitsblatt 25 stellt das vollständige Erklärungsmodell dar.



■ Abb. 3.11. Erklärungsmodell am Meta-Plan

► Arbeitsblatt 25 »Erklärungsmodell für Krankheitsängste«

Die obige ■ Abb. 3.11 zeigt ein Foto eines in der Therapie am Meta-Plan erstellten Gesamtmodells.

Zusammenfassung der Bewältigungsstrategien

Mit Hilfe des Erklärungsmodells lassen sich die erlernten Bewältigungsstrategien leicht ableiten. Eine Möglichkeit, diese schriftlich festzuhalten, bietet ► Arbeitsblatt 26, auf dem wiederum das Gesamtmodell notiert ist und der Patient den einzelnen Erklärungsmechanismen Bewältigungsstrategien zuordnet. ■ Abb. 3.12 zeigt beispielhaft, wie ein idealtypisches Arbeitsblatt aussehen könnte.

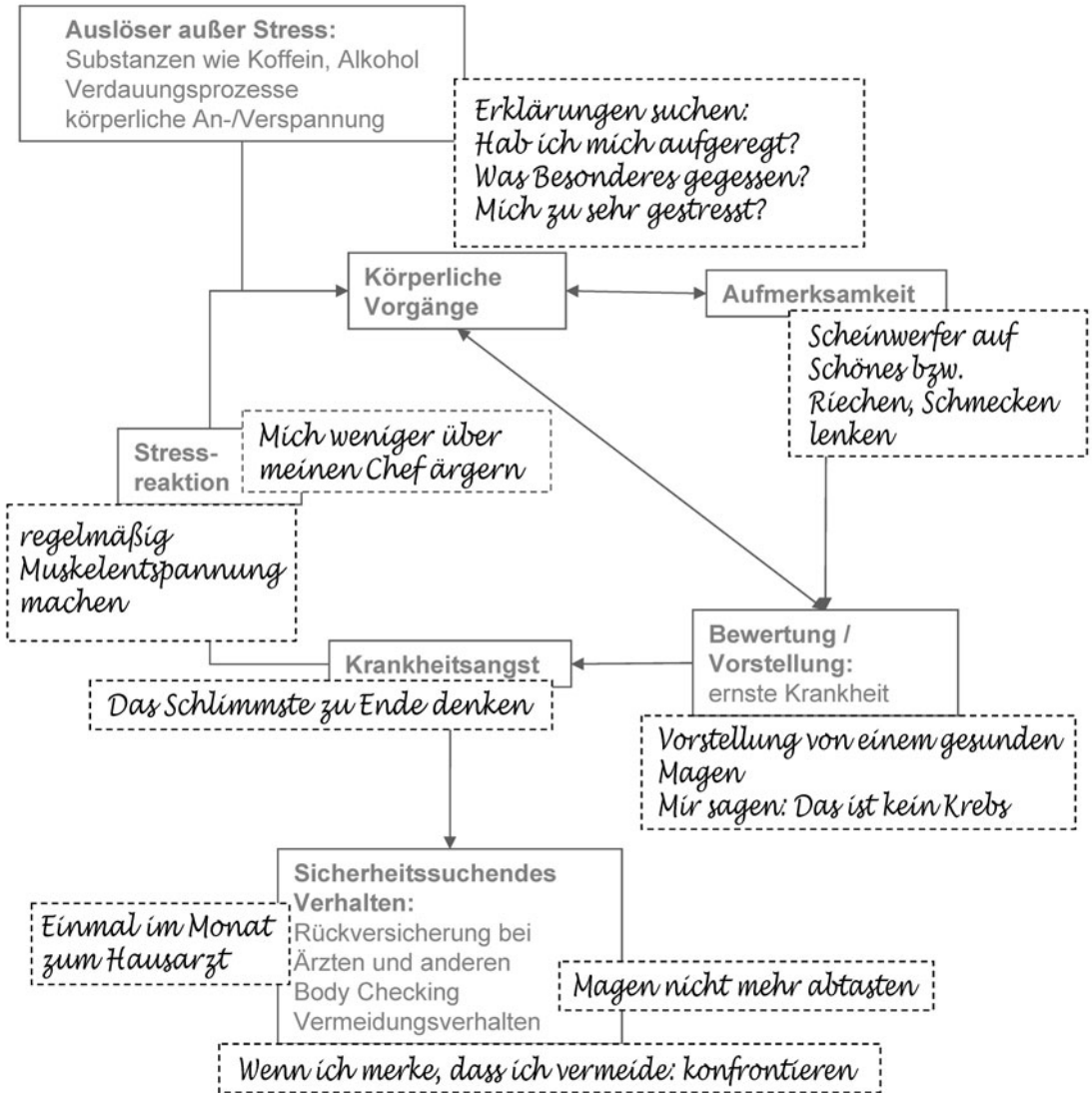
► Arbeitsblatt 26 »Meine Bewältigungsstrategien für Krankheitsängste«

Rückfallprophylaxe

Zumeist sind die Patienten zu Therapieende in der Symptomatik leicht oder auch deutlicher gebessert, sagen aber in den seltensten Fällen, die Krankheitsangst bereits vollständig bewältigt zu haben. Vielmehr berichten die Patienten im positiven Fall, dass sie ihre Krankheitsängste, körperliche Beschwerden und Impulse zu sicherheitssuchendem Verhalten besser im Griff haben und wissen, wie sie damit umgehen sollen. Die beiden vorangegangenen Abschnitte dienen zur Verfestigung des Wissens und des Kontrollgefühls über die Störung. Empfehlenswert sind darüber hinaus Booster-Sessions etwa drei Monate nach Abschluss

Meine Bewältigungsstrategien für Krankheitsängste

3



■ **Abb. 3.12.** Gesamtmodell mit Bewältigungsstrategien für eine Patientin mit Angst vor Magenkrebs

der letzten Sitzung. Hier können bisherige Erfolge, aber auch Schwierigkeiten und Fragen angesprochen werden.

Bevor man den Patienten verabschiedet, bietet es sich wie in jeder Therapie an, über das Thema Rückfall zu sprechen. Dabei kann zunächst der entpathologisierende Begriff »Rückschritt« statt Rückfall angesprochen werden. Hat es ein Patient z. B. entgegen seiner Vorsätze nicht geschafft, auf einen rückversichernden Arztbesuch zu verzichten, heißt das nicht, »dass er dann von vorn anfangen muss«. Auch ist es in

keiner Weise schädlich, nach der Einübung von PME einmal zwei Wochen auf die täglichen Übungen zu verzichten. Allerdings sollten solche Situationen Auslöser dafür sein, wieder hellhörig zu werden, das kritische Verhalten zu reflektieren und die Arbeitsblätter der Therapie noch einmal hervorzuholen. Zudem kann der Patient eine Liste erstellen, auf der er notiert, was er tun kann, wenn die Krankheitsängste wieder schlimmer werden, wie folgendes Beispiel zeigt.

Fallbeispiel**Beispielliste: Was kann ich tun, wenn Krankheitsängste wieder schlimmer werden?**

- Arbeitsblätter und Notizen aus der Therapie anschauen
- Mir überlegen, warum die Krankheitsängste schlimmer geworden sind
- Arbeitsblätter zur Veränderung der Krankheitsüberzeugung noch einmal bearbeiten
- Todesanzeigen lesen ohne an anderes zu denken, bis Angst besser wird

Manualisierte Gruppen- und Einzeltherapie

- 4.1 1. Gruppensitzung: Der Einstieg – 169
- 4.2 2. Gruppensitzung: Der Aufmerksamkeitsscheinwerfer – 170
- 4.3 3. Gruppensitzung: Einfluss von Bewertung und Stress – 172
- 4.4 1. Einzelsitzung: Argumente für die Krankheit – 173
- 4.5 4. Gruppensitzung: Veränderung von Bewertungen – 173
- 4.6 2. Einzelsitzung: Argumente gegen die Krankheit – 174
- 4.7 5. Gruppensitzung: Sicherheitssuchendes Verhalten, Body Checking – 175
- 4.8 3. Einzelsitzung: Body Checking reduzieren – 176
- 4.9 6. Gruppensitzung: Rückversicherungsverhalten – 176
- 4.10 4. Einzelsitzung: Worst-Case Konfrontation in sensu – 177
- 4.11 7. Gruppensitzung: Vermeidung – 178
- 4.12 5. Einzelsitzung: Exposition in vivo – 178
- 4.13 8. Gruppensitzung: Zusammenfassung und Rückfallprophylaxe – 179
- 4.14 6. Einzelsitzung: Individueller Abschluss – 180
- 4.15 9. Gruppensitzung: Booster-Sitzung – 181

Universalität des Leidens

Die Behandlung in Therapiegruppen bietet gegenüber der Einzelbehandlung eine Reihe von Vorteilen: Die meisten Patienten kennen bis zum Therapiebeginn niemanden, der unter der gleichen psychischen Störung leidet und wissen allenfalls aus der Literatur, dass sie mit ihrem Problem nicht die Einzigen sind. Deshalb ist es für viele eine sehr hilfreiche Erfahrung, andere Betroffene kennen zu lernen. Dieser auch als Universalität des Leidens (Yalom & Leszcz, 2005) bezeichnete Aspekt ist ein zentraler Vorteil einer Gruppentherapie. Es gibt weitere Vorzüge der Gruppe: Die Teilnehmer können sich Anregungen und Rückmeldung geben und lernen auch vom Verhalten der Mitpatienten. Positive Erfahrungen eines Gruppenmitglieds mit der Problembewältigung dienen als Motivation für die anderen. Nicht zuletzt ist die Gruppentherapie aber auch eine sehr ökonomische Möglichkeit, Psychoedukation zu betreiben. Dass der Vermittlung von Informationen zur Krankheitsangst eine große Bedeutung zukommt, wurde bereits beschrieben.

Grenzen der Gruppentherapie

Jedoch hat eine gruppentherapeutische Behandlung auch Grenzen: Eine Vertiefung von Inhalten ist in der Gruppe schwierig, da sich die Patienten teilweise in ihren Problembereichen (z. B. den verschiedenen Arten sicherheitssuchenden Verhaltens) deutlich unterscheiden. Häufig bleibt nicht die Zeit, um auf individuelle Schwierigkeiten einzelner Patienten einzugehen. Nimmt man sie sich dennoch, kommt Langeweile bei den Übrigen auf. Bestimmte Behandlungsmethoden bedürfen eines engen psychotherapeutischen 1:1-Kontaktes: So müssen Konfrontationen stets mit ausreichend Zeit durchgeführt werden. Auch die Diskussion der Krankheitsüberzeugungen sollte individuell erfolgen. In einer umfassenden Therapie der Krankheitsängste kann auf diese Inhalte nicht verzichtet werden.

Aus diesen Vor- und Nachteilen einer Gruppenbehandlung ergibt sich die Möglichkeit, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren. Auf diese Weise können die Vorteile beider Settings gleichermaßen genutzt

Tab. 4.1. Übersicht über die Abfolge der Therapiesitzungen

Gruppensitzung	Einzel-sitzung
G1: Der Einstieg	
G2: Der Aufmerksamkeitsscheinwerfer	
G3: Der Einfluss von Bewertung und Stress	E1: Argumente für die Krankheit
G4: Veränderung von Bewertungen	E2: Argumente gegen die Krankheit
G5: Sicherheitssuchendes Verhalten, Body Checking	E3: Body Checking reduzieren
G6: Rückversicherungsverhalten	E4: Worst-Case Konfrontation in sensu
G7: Vermeidung	E5: Exposition in vivo
G8: Zusammenfassung, Rückfallprophylaxe	E6: Individueller Abschluss
G9: Booster Sitzung (3 Monate später)	

werden. Im Folgenden wird deshalb eine Kombinationstherapie aus Einzel- und Gruppensitzungen in knapper Weise vorgestellt. Genauer beschrieben werden gruppenspezifische Übungen und Möglichkeiten. Die Zeitangaben zu den Übungen beziehen sich dabei auf eine Gruppengröße von etwa sieben Patienten.

4.1 1. Gruppensitzung: Der Einstieg

Themenübersicht 1. Gruppensitzung

- Informationen zur Gruppe
- Kennenlernen der Mitpatienten*
- Zieldefinition (► Kap. 3.1.4)
- Sammeln von Risikofaktoren (► Kap. 3.1.4)
- Hausaufgabe: Tagebuch der Krankheitsangst (► Kap. 3.1.4)

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Um die »Universalität des Leidens« (s.o.) und ein gegenseitiges Kennenlernen zu fördern, bietet sich das folgende Paarinterview an.

Therapie & Dialog

Paarinterview (ca. 40 Minuten)

Die Patienten sollen sich paarweise zusammensetzen und sich in je einem Durchgang gegenseitig zu folgenden vier Fragen interviewen:

1. Name und persönlicher Hintergrund (z. B. Beruf, Familie, Herkunft, Hobbies)
2. Wann und womit begann deine Krankheitsangst?
3. Welche Erfahrungen hast du bisher mit den behandelnden Fachleuten gemacht?
4. Mit welchem Bereich deines Lebens bist du (am ehesten) zufrieden (was gibt dir Entspannung, Kraft, Freude ...)?

Alle Fragen werden auf eine Flip-Chart geschrieben, wobei für die Fragen 2 bis 4 je ein Papier verwendet werden sollte. Der Patient, der dem anderen die Fragen stellt, notiert die Antworten stichwortartig. Sind die Interviews abgeschlossen, stellen die Patienten sich gegenseitig vor, und der Therapeut notiert die wichtigsten Aspekte unter den Fragen. Danach wird der vorgestellte Patient gefragt, ob er der Darstellung etwas hinzufügen möchte. Wenn jeder Patient an die



Reihe gekommen ist, fasst der Therapeut die wichtigsten Informationen zusammen. Dabei ist es gut und wichtig,

- bei Frage 2 die zumeist lange Dauer der Krankheitsangst sowie die erlebten Belastungen empathisch zu betonen,
- bei Frage 3 festzuhalten, dass medizinische Behandler oft unsicher im Umgang mit krankheitsängstlichen Menschen sind. Häufig wird auf Fragen der Patienten nicht so eingegangen, wie diese es erwarten. Nicht selten erfolgen Überweisungen für weitere Untersuchungen, was häufig die Unsicherheit der Betroffenen verstärkt. Auch reagieren Ärzte zuweilen ärgerlich oder nehmen die Patienten nicht ernst.
- bei Frage 4 die Wichtigkeit von Ressourcen als Ausgleichserlebnisse zu betonen.

4.2 2. Gruppensitzung: Der Aufmerksamkeitsscheinwerfer

Themenübersicht 2. Gruppensitzung

- Besprechen der Tagebücher (► Kap. 3.1.4)
- Begriffsklärung »Hypochondrie« (► Kap. 3.1.4)
- Körperreise (► Kap. 3.2.1)
- Auswertung: Aufmerksamkeit arbeitet wie ein Scheinwerfer (► Kap. 3.2.1)
- Aufmerksamkeit lenkt sich auf bedeutsame Aspekte (► Kap. 3.2.1)
- Aufmerksamkeitsumlenkung zur Bewältigung*
- Genussübung (► Kap. 3.2.1)
- Hausaufgabe: Sinnesspaziergang (► Kap. 3.2.1)

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Die in ► Kap. 3.2.1 beschriebene Übung zur Verdeutlichung der Aufmerksamkeitsumlenkung als Bewältigungsstrategie ist für eine Gruppe weniger geeignet. Deshalb bietet es sich an, eine Variante dessen durchzuführen:

Therapie & Dialog**Übung zur Umlenkung der Aufmerksamkeit**

Der Therapeut bittet alle Patienten, sich hinzustellen und auf das Kommando: »Jetzt!« einen Arm mit geballter Faust auszustrecken. Während alle ihren Arm eine feste Zeitspanne (am besten 45 Sekunden) vor sich ausgestreckt halten, instruiert der Therapeut die Gruppenmitglieder, sich so genau wie möglich auf die Empfindungen im Arm und in der Hand zu konzentrieren. Nach 30 Sekunden bittet der Therapeut die Patienten zu überlegen, wie lange (in Sekunden, Minuten oder bisheriger Zeitdauer) sie denken, den Arm noch halten zu können. Nach 45 Sekunden sollen die Patienten den Arm wieder herunternehmen, ihn ausschütteln und auch den Rest des Körpers kurz lockern. In einer darauf folgenden zweiten Phase wird ebenso verfahren, mit dem Unterschied, dass eine Imagination einer Strandsituation angeleitet wird. Dabei sollten so viele Sinneserfahrungen angesprochen werden wie möglich (z. B. Sie riechen die salzige Luft des Meeres. Im Hintergrund kreischen ein paar Möwen. Sie liegen in einem weichen, warmen Liegestuhl. Die Sonne streichelt Ihre Haut. Über Ihnen ist ein strahlend blauer Himmel.). Damit der ausgestreckte Arm nicht wieder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rückt, da er eine inkongruente Wahrnehmung darstellt, bietet es sich an, sich die Patienten zudem ihren Lieblingscocktail in der Hand vorstellen zu lassen. Bevor der Arm entspannt wird, soll wiederum gefragt werden, wie lange der Arm wohl noch ausgestreckt gehalten werden kann. Die Übung wird ausgewertet, indem nach der Zeit gefragt wird, die die Teilnehmer den Arm jeweils noch hätten ausgestreckt halten können. Dabei sollte zunächst auf die erwartungskonformen Antworten (d.h., bei der Strand-Imagination hätten die Patienten ihren Arm noch länger halten können) eingegangen werden, indem die Patienten mögliche Gründe dafür nennen. Einzelne Patienten haben möglicherweise auch umgekehrte Einschätzungen vorgenommen, die Ursachen dafür sollte der Therapeut danach versuchen herauszufinden (z. B. Arm schon ermüdet, Strand hat keine positiven Assoziationen, Patient wollte sich nichts vom Therapeuten Vorgegebenes vorstellen). Zur vertieften Auswertung kann die Frage nach der Zeitdauer vom ersten und zweiten Durchgang dienen.

Konzentration auf den Arm**Strand-Imagination**

4.3 3. Gruppensitzung: Einfluss von Bewertung und Stress

Themenübersicht 3. Gruppensitzung

- Eindrücke aus dem Sinnesspaziergang (► Kap. 3.2.1)
- Einführung der Bedeutsamkeit von Kognitionen am Beispiel »Mann bringt Blumen mit« (► Kap. 3.2.4)
- Sammlung bedrohlicher Gedanken der Patienten*
- Sinn und Funktionsweise von Stress (► Kap. 3.2.2)
- Stressbewältigung durch Entspannung (► Kap. 3.2.2)
- PME-Übung (► Kap. 3.2.2)
- Hausaufgabe: PME-Übung

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Nachdem anhand des Beispiels vom Ehemann mit den Blumen erarbeitet wurde, wie wichtig Gedanken für das menschliche Befinden und Verhalten sind, werden die bedrohlichen Gedanken der Patienten gesammelt.

Therapie & Dialog

Sammeln der angstauslösenden Gedanken

Die Patienten werden gebeten, einen zentralen Gedanken, der bei ihnen Krankheitsangst auslöst oder verstärkt, zu überlegen und das Kernwort des Gedankens (i.d.R. die befürchtete Krankheit) auf ein Metaplan-Kärtchen zu schreiben. Dann soll der Angst-Gedanke laut vorgelesen werden, und zudem wird berichtet, wie es jedem geht und was er tut, wenn dieser Gedanke besonders stark ist. Die Kärtchen werden an einer Metaplan-Wand befestigt. Der Therapeut weist darauf hin, dass die Veränderung dieser Gedanken das wichtigste Ziel der Therapie ist und in der nächsten Stunde darauf zurückgekommen wird.

Im Folgenden sollte das aktuelle Befinden der Patienten exploriert werden. In der Regel führt die Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Krankheitsgedanken zu einem erhöhten Unwohlsein. Dies bietet eine gute Überleitung zum Thema Stress.

Therapie & Dialog

Therapeut: Wie wir gerade festgestellt haben, fühlt es sich für die meisten hier eher unangenehm an, an schlimme Krankheiten zu denken. Der ein oder andere konnte es sogar körperlich spüren.



Ganz allgemein kann man sagen, dass den meisten Krankheits-ängstlichen der Gedanke an Krankheiten Stress macht. Stress ist das Thema, mit dem wir uns nun genauer beschäftigen werden.

4.4 1. Einzelsitzung: Argumente für die Krankheit

Themenübersicht 1. Einzelsitzung

- Wie fühlt sich der Patient in der Gruppe, profitiert er?
- Nachbesprechung der allein durchgeführten PME-Übungen (► Kap. 3.2.2)
- Sammeln von Gründen »Was spricht dafür, dass ich die Krankheit habe / krank bin?« (► Kap. 3.2.4)

In der Einzeltherapie besteht die Gelegenheit, erstmals darauf einzugehen, ob der Patient sich in der Gruppe wohl fühlt und ob er bisher von der Therapie profitiert hat. Ggf. wird besprochen, was passieren müsste, damit sich der Patient wohler fühlt oder deutlicher profitiert.

4.5 4. Gruppensitzung: Veränderung von Bewertungen

Themenübersicht 4. Gruppe

- Zitronenübung (► Kap. 3.2.3)
- Auswertung: Auswirkung von Vorstellungen auf das Befinden (► Kap. 3.2.3)
- Sammeln: Was produziert körperliche Missempfindungen? (► Kap. 3.2.3)
- Alternative Bewertungen für Körpersymptome: Kopfschmerzkuchen*
- Mögliche Ursachen für eigene Beschwerden sammeln (► Kap. 3.2.4)
- PME-Kurzübung
- Hausaufgabe: Arbeitsblatt »Was spricht dafür, dass ich die Krankheit nicht habe?«

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Bevor die Patienten beginnen, verschiedene Ursachen für die eigenen Beschwerden zu suchen, bietet sich eine Vorübung in der Gruppe an.

Therapie & Dialog

Kopfschmerzkuchen

Der Therapeut fragt die Patienten, wie viele Menschen in der Stadt, in der die Therapie durchgeführt wird, wohl zurzeit Kopfschmerzen haben. (Mainz hat rund 200.000 Einwohner, man einigt sich zumeist auf 10 %, also 20.000 Patienten mit aktuellen Kopfschmerzen). Danach notiert er auf einer Flipchart die Überschrift »Ursachen von Kopfschmerzen« und bittet die Patienten, so viele Gründe wie möglich zusammenzustellen. In der Regel fällt es den Patienten bei einem Beispiel, das nicht direkt mit ihnen zu tun hat, ziemlich leicht, eine Fülle möglicher Gründe für die Beschwerde zu liefern. In einem zweiten Durchgang sollen nun den verschiedenen Ursachen Häufigkeiten zugeordnet werden. Dabei ist es hilfreich, bei den nicht bedrohlichen Gründen anzufangen, die meistens unten auf der Liste stehen. Die Patienten sollen sich also einigen, wie viel Prozent der 20.000 Einwohner ihre Kopfschmerzen aufgrund von Verspannungen, Flüssigkeitsmangel, Überarbeitung, etc. sowie aufgrund eines Gehirntumors haben. Auch wenn die Wahrscheinlichkeit für bedrohliche Ursachen von der Gruppe zumeist überschätzt wird, werden diesen i.d.R. die kleinsten Kuchenstücke zugeteilt. Der Therapeut lässt die Patienten überlegen, was der Sinn der Übung ist. Dann fasst er zusammen, dass es wichtig ist, viele und flexible Erklärungen für körperliche Missempfindungen zur Verfügung zu haben und sich wiederholt zu überlegen, wie wahrscheinlich diese Erklärungen sind.

4.6 2. Einzelsitzung: Argumente gegen die Krankheit

Themenübersicht 2. Einzelsitzung

- Besprechung und weitere Ausarbeitung: »Was spricht dafür, dass ich gesund bin? (► Kap. 3.2.4)
- Entwicklung eines hilfreichen Satzes (► Kap. 3.2.4)
- Erarbeitung von Möglichkeiten, alternative Gedanken in den Alltag einzubringen (► Kap. 3.2.4)

4.7 5. Gruppensitzung: Sicherheitssuchendes Verhalten, Body Checking

Themenübersicht 5. Gruppensitzung

- Wie ist es gelungen »neue« Denkweisen in den Alltag zu integrieren? (► Kap. 3.2.4)
- Krankheitsangst regulierende Strategien sammeln*
- Einführung des Begriffs »sicherheitssuchendes Verhalten«*
- Thema Body-Checking: Wie überwachen Sie Ihren Körper? (► Kap. 3.3.1)
- Kurz- und langfristige Konsequenzen des Body-Checking (► Kap. 3.3.1)
- Bestimmung des Kontrollverhaltens, das individuell reduziert werden soll (► Kap. 3.3.1)
- PME-Kurzübung
- Hausaufgabe: Arbeitsblatt Veränderung des Body Checking (► Kap. 3.3.1)

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Auf einem Flipchart-Papier werden gemeinsam allgemeine Verhaltensweisen gesammelt, die die Patienten bei aufkommenden Krankheitsängsten einsetzen. Der Therapeut notiert das von den Patienten Gesagte, indem er funktionale Strategien nach oben und dysfunktionale Strategien nach unten sortiert. Arztbesuche sind am besten in der Mitte anzuordnen, da sie je nach Patient beides sein können. Die im oberen Bereich aufgeschriebenen Verhaltensweisen dienen dazu, die Ressourcen der Patienten zu betonen und eine wechselseitige Anregung der Patienten zu ermöglichen. Die im unteren Bereich notierten Strategien werden danach herangezogen, um den Begriff des sicherheitssuchenden Verhaltens einzuführen und mit den Patienten zu diskutieren. Danach sollten aus der Liste Beispiele für Selbstuntersuchungen ausgewählt und intensiver bearbeitet werden.

Nach der Durchführung der PME-Kurzübung wird erläutert, dass das selbstständige Anleiten zu einem vertieften Lernen der Entspannungstechnik führt. Der Therapeut fragt die Teilnehmer, ob es sich jemand zutraut, in einer der nächsten Sitzungen ausgewählte PME-Übungen statt des Therapeuten anzuleiten. Findet sich ein Freiwilliger, können ihm ggf. am Ende der Gruppensitzung Anregungen dazu gegeben werden.

4.8 3. Einzelsitzung: Body Checking reduzieren

Themenübersicht 3. Einzelsitzung

- Besprechen der Aufgabe: Reduktion von Body Checking (► Kap. 3.3.1)
- Diskussion der hundertprozentigen Sicherheit (► Kap. 3.2.4)

4.9 6. Gruppensitzung: Rückversicherungsverhalten

Themenübersicht 6. Gruppensitzung

- Einführung des Begriffs »Rückversicherung«
- Zusammenstellen von »Quellen« der Rückversicherung
- Gegenüberstellung der Konsequenzen (► Kap. 3.3.2)
- Sammeln von Gründen für einen Arztbesuch (► Kap. 3.3.2)
- Ableitung einer Handlungskonsequenz (► Kap. 3.3.2)
- Übung »Engelchen und Teufelchen«*
- PME-Kurzübung, ggf. von einem Patienten angeleitet
- Hausaufgabe: Arbeitsblatt »Arztbesuche – Wie finde ich das richtige Maß?« (► Kap. 3.3.2)

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Auch wenn sich Patienten dafür entschieden haben, weniger und in festen Zeitintervallen zum Arzt zu gehen, fällt es ihnen nicht leicht, diesen Entschluss in die Tat umzusetzen. Um die Entscheidung zu verfestigen, kann in der Gruppe folgende Übung eingesetzt werden.

Therapie & Dialog

Engelchen und Teufelchen (pro Patient ca. 7 Minuten)

Der Therapeut leitet ein, dass wir alle oft ein Engelchen auf der einen und ein Teufelchen auf der anderen Schulter sitzen haben, die uns ihre Botschaften »ins Ohr flüstern«. Ziel der Übung sei es nun, diesen Figuren eine Gestalt in Form der Gruppenteilnehmer zu geben und die eigenen Meinungen und Entscheidungen beiden gegenüber zu vertreten. Unter den übrigen Patienten werden verdeckt Karten verteilt, die bestimmen, ob sie als »Engelchen« oder »Teufelchen« mit-





■ **Abb. 4.1.** Vorlage für Engel- und Teufelkarten

spielen. Auf der Hälfte der Karten ist der in ■ Abb. 4.1 dargestellte Engel, auf der anderen Hälfte der Teufel aufgeklebt. Der Patient, die Engel und die Teufel setzen sich in ein Dreieck, wobei Engel und Teufel den Patienten anschauen. Der Patient beschreibt seine aktuelle Symptomatik und äußert den Wunsch, dass er gern zum Arzt gehen würde, jedoch nicht weiß, ob er es tun soll. Die beiden Gruppen versuchen, die Person mit Hilfe von Argumenten auf ihre Seite zu ziehen. Zumeist ist es die Aufgabe der Engel, gegen den Arztbesuch, die Aufgabe der Teufel, für diesen zu sprechen. Der Patient versucht, auf jede Argumentation zu antworten. Nach etwa fünf Minuten wird die Übung beendet, und der Patient soll berichten, wie es ihm während der Übung ergangen ist. Danach sollte ein anderer Patient an die Reihe kommen.

4.10 4. Einzelsitzung: Worst-Case Konfrontation in sensu

Themenübersicht 4. Einzelsitzung

- Besprechen der Aufgabe: Reduktion von Arztbesuchen (► Kap. 3.3.2)
- Konfrontation in sensu mit der Vorstellung, die befürchtete Krankheit zu haben (► Kap. 3.3.6)

4.11 7. Gruppensitzung: Vermeidung

Themenübersicht

- Erfahrung mit der Worst-Case Übung seit der letzten Einzelsitzung
- Einführung der Vermeidung als letzter Typ sicherheitssuchenden Verhaltens (► Kap. 3.3.4)
- Hierarchie von Angstsituationen (► Kap. 3.3.4)
- Diskussion des Vermeidungsverhaltens
- Vermittlung des Expositionsrationals (► Kap. 3.3.5)
- Exposition an körperlichen Missempfindungen: Hyperventilation (► Kap. 3.3.6)
- Erläuterung: Wann ist Exposition besser, wann Aufmerksamkeitsumlenkung (► Kap. 3.3.5)
- Hausaufgabe: Hyperventilation oder andere Provokationsübung eigenständig durchführen

4.12 5. Einzelsitzung: Exposition in vivo

Themenübersicht 5. Einzelsitzung

- Wiederholung des Expositionsrationals
- Konfrontation in vivo mit einer Angst-Situation aus dem oberen Bereich der Hierarchie (► Kap. 3.3.6)

Diese Sitzung sollte als Doppelstunde geplant werden. Je nach Situation (z. B. Krankenhaus) können noch mehr Stunden nötig sein. Die Art der Exposition hängt von der Angst-Hierarchie des Patienten ab. Übliche Expositionen sind das Anschauen von Videomaterial oder Texten über Krankheit sowie der Besuch eines Krankenhauses. Unter Umständen ist es auch sinnvoll, die Worst-Case Exposition zu wiederholen oder weitere Expositionen an körperlichen Missempfindungen (auch z. B. im Rahmen von Sport) durchzuführen.

4.13 8. Gruppensitzung: Zusammenfassung und Rückfallprophylaxe

Themenübersicht: 8. Gruppensitzung

- Besprechung der Expositionen
- Wiederholung und Zusammenfassung des Erklärungsmodells am Metaplan (► Kap. 3.4.4)
- Positive Dinge, mit denen man seine Zeit verbringen möchte*
- Brief an sich selbst*
- Rückmeldungen zur Behandlung

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Die Expositionen der letzten Sitzungen, insbesondere, wenn sie mit dem Thema Tod in Verbindung standen, sind ein wichtiges, aber auch emotional belastendes Therapieelement. Die Patienten befänden sich nicht in der Therapie, wenn sie nicht auch eine Chance dafür sähen, dass sie gesund sind und noch einige Jahre zufrieden oder weniger zufrieden leben können. Um zum Abschluss der Behandlung das Augenmerk auf Ressourcen und Möglichkeiten der Patienten zu lenken, wird in der letzten Sitzung diese kleine Übung durchgeführt:

Therapie & Dialog

Mobilisierung von Ressourcen

Therapeut: In den letzten Wochen haben Sie sich viel mit schlimmen Befürchtungen auseinandergesetzt. Das ist eine wichtige Technik, um Krankheitsängste langfristig in den Griff zu bekommen. Aber genauso wichtig ist es, sich zu überlegen, was man Schönes im Leben erlebt hat und wenn es gut geht, auch in Zukunft noch erleben möchte. Sie alle würden sich selbst eine mehr oder minder große Wahrscheinlichkeit einräumen, dass Sie noch einige Jahre unbeschadet leben können. Dabei stand Ihnen in der Vergangenheit nicht so sehr die mögliche Krankheit selbst im Weg, sondern eher die Krankheitsangst. Egal, wie lange Sie leben, geben Sie sich nun die Möglichkeit zu überlegen, wie Sie so viel Freude und Befriedigung wie möglich aus Ihrem Leben ziehen können. Und denken Sie auch daran, was Ihnen auch bisher Freude gemacht hat, Sie zum Lachen bringt oder was Sie genießen können. Bei der Suche nach Zufriedenheit im Leben geht es oft auch darum, die Alltäglichkeiten zu sehen und zu schätzen. Deshalb möchte ich Sie nun fragen, was im Laufe des heutigen Tages das schönste



schönstes Erlebnis des Tages

Erlebnis war, das Sie hatten. Auch, wenn Sie heute einen ziemlich schlechten Tag hatten, überlegen Sie, was heute am angenehmsten oder vielleicht am wenigsten schlimm war. Es macht nichts, wenn Ihnen das, an was Sie denken, zunächst ein bisschen banal vorkommt. (Die Teilnehmer nennen reihum ein positives Erlebnis.)

Und nun möchte ich Sie bitten, den Blick etwas zu weiten und daran zu denken, welche schönen Dinge es in Ihrem Leben gibt. Gibt es etwas, was Sie sich für die Zukunft wünschen? Vielleicht sind es Kleinigkeiten, vielleicht aber auch größere Dinge?

Die Frage nach Ressourcen kann direkt übergeleitet werden zu der abschließenden Übung, in der die Patienten die Möglichkeit bekommen, sich selbst einen Brief zu schreiben, den der Therapeut drei Monate später absenden wird.

Therapie & Dialog

Brief an sich selbst (15 Minuten)

Therapeut: Die positiven Dinge, an die Sie jetzt vielleicht denken, müssen Sie uns jetzt aber nicht erzählen. Aber vielleicht sollten Sie sie sich selbst erzählen. Zum Abschluss dieser Gruppe würde ich Ihnen gerne eine Gelegenheit zur Besinnung geben. Sie haben jetzt die Möglichkeit, sich einen ganz privaten Brief zu schreiben. Dabei können Sie niederlegen, was Sie sich wünschen und was Sie in Zukunft für sich tun möchten. Denken Sie dabei auch noch einmal daran, was Sie tun möchten, um die Krankheitsangst noch mehr in den Griff zu bekommen. Wir haben in dieser Behandlung so viele verschiedene Strategien angesprochen, überlegen Sie nun noch einmal, was für Sie davon ganz besonders wichtig sein könnte. Wenn Sie fertig geschrieben haben, legen Sie den Brief direkt in den Umschlag, verschließen ihn und schreiben Ihre Anschrift darauf. Das Einzige, was ich mit dem Brief tun werde, ist, ihn in drei Monaten an Sie zu verschicken.

Brief mit Wünschen, Rat- schlägen und Vorsätzen

4.14 6. Einzelsitzung: Individueller Abschluss

Themenübersicht: 6. Einzelsitzung

- Reflektion der Gruppentherapie
- Ggf. Wiederholung einer Exposition (► Kap. 3.3.6)
- Rückfallprophylaxe (► Kap. 3.4.4)
- Rückmeldungen und Verabschiedung

4.15 9. Gruppensitzung: Booster-Sitzung

Themenübersicht 9. Gruppensitzung

- Einstieg: »Wie war es, den »Brief an sich selbst« zu lesen?
- Herausarbeiten der Veränderungen*
- Diskussion von Schwierigkeiten in der Gruppe*

Für mit * gekennzeichnete Einheiten erfolgt eine genauere Beschreibung.

Zur Vertiefung des Gelernten und der Erfolgskontrolle bietet es sich an, nach einer dreimonatigen Therapiepause eine 9. Gruppensitzung durchzuführen. Nach einer Besprechung des erhaltenen Briefes sollen die Themen der Sitzung anhand folgender Übung gesammelt werden.

Therapie & Dialog

Rückschau auf die letzten drei Monate: Veränderungen, Erfolge und Schwierigkeiten

Der Therapeut hat drei Flipchart-Papiere vorbereitet, auf denen folgende Fragen notiert sind:

- Was hat sich verändert?
- Welche Strategien konnten Sie gut anwenden?
- Womit gab es Schwierigkeiten?

Dann erhält jeder der Patienten einen Stift und alle sollen stichpunktartige Antworten zu den Fragen notieren. Der Therapeut fasst die Antworten zu den ersten beiden Fragen zusammen und würdigt die Fortschritte. Die Schwierigkeiten auf dem dritten Papier sollten in eine Rangreihenfolge gebracht und dann gemeinsam diskutiert werden. Dabei ist es hilfreich, wenn der Therapeut sich zurückhält und die Patienten bittet, sich gegenseitig als Experten für die Bewältigung der Krankheitsangst zu beraten. Üblicherweise geschieht die Bearbeitung dieser Fragen und Probleme sehr konstruktiv.

Mögliche Komplikationen und häufige Fragen

5.1 Probleme in Zusammenhang mit der Rückversicherung – 184

- 5.1.1 Rückversicherung beim Therapeuten – 184
- 5.1.2 Arztbesuche bei häufig wechselnden Symptomen – 186
- 5.1.3 Umgang mit der Verunsicherung des Therapeuten – 186
- 5.1.4 Liefert eine Therapie Rückversicherung? – 187

5.2 Kürzere Behandlungen subklinischer Hypochondrie – 187

- 5.2.1 Provokationsübungen für Körpersymptome – 187
- 5.2.2 Gründe, die gegen eine Krankheit sprechen – 188
- 5.2.3 Sicherheitssuchendes Verhalten – 188

5.3 Vereinfachtes Krankheitsmodell – 188

5.4 Krankheitsangst bei vorhandenen Krankheiten – 190

5.5 Weiterführende Literatur – 190

- 5.5.1 Fachliteratur zur Hypochondrie – 190
- 5.5.2 Fachliteratur zu somatoformen Störungen – 191
- 5.5.3 Patientenratgeber – 192
- 5.5.4 Unterhaltungslektüre – 192

Die meisten der denkbaren Komplikationen wurden bereits im Hauptteil des Manuals in ► Kap. 3 angesprochen. Da in Zusammenhang mit Rückversicherung und dem Wunsch nach der hundertprozentigen Sicherheit verschiedene Schwierigkeiten auftreten können, wird diesem Thema der folgende Abschnitt (► Kap. 5.1) gewidmet. Das vorliegende Manual ist für eine Kurzzeittherapie konzipiert. Stehen komorbide Störungen im Vordergrund und ist die Krankheitsangst weniger stark ausgeprägt, kann die in ► Kap. 5.2 dargestellte Kurzfassung der Behandlung verwendet werden. In Ergänzung dazu wird in ► Kap. 5.3 ein vereinfachtes Erklärungsmodell vorgestellt. Hinweise zur Verwendung des Manuals bei Patienten mit Krankheitsangst bei vorhandenen Erkrankungen befinden sich in ► Kap. 5.4. Abschließend erfolgen in ► Kap. 5.5 einige Literaturempfehlungen.

5.1 Probleme in Zusammenhang mit der Rückversicherung

Das Thema der Rückversicherung wurde bereits eingehend erläutert (► Kap. 3.3.2 und 3.3.3). Ziel des Patienten ist dabei das Erlangen eines möglichst schnell eintretenden und lang andauernden Gefühls der Sicherheit. In Zusammenhang damit kann es zu verschiedenen Komplikationen kommen: So nutzt der Patient gelegentlich auch den Therapeuten als Quelle der Rückversicherung, und der Therapeut ist je nach Krankheitsgeschichte selbst verunsichert, ob der Patient möglicherweise doch körperlich krank ist. Insbesondere bei häufig wechselnden Symptomen ist es zudem schwierig, eine sinnvolle Vereinbarung zur Häufigkeit von Arztbesuchen zu treffen. Zudem wird im letzten Abschnitt diskutiert, inwieweit das beschriebene therapeutische Vorgehen zu einer Rückversicherung der Patienten beitragen könnte.

5.1.1 Rückversicherung beim Therapeuten

Auf der Suche nach Sicherheit machen die Patienten häufig nicht vor ihren Therapeuten halt. Das heißt, dass sie zum einen direkt danach fragen, ob der Therapeut sie für gesund hält oder ob es nicht besser wäre, wegen einer bestimmten Sache noch einmal zum Arzt zu gehen. Häufig geschieht dies aber auch subtiler, indem der Patient das Gespräch vermehrt auf Themen lenkt, die für ihn mit Sicherheit gebenden Informationen verbunden sind.

Zu Beginn einer Therapie kann es durchaus sinnvoll sein, wenn der Therapeut die geringe Wahrscheinlichkeit anspricht, mit der die Krankheitsbefürchtung zutrifft. Dies kann zum Beispiel bei der Erläuterung der Diagnose Hypochondrie (► Kap. 3.1.4) geschehen. Hier kann der

Therapeut anführen, dass die Krankheitsangst besteht, obwohl aus medizinischer Sicht kein Grund dafür gefunden werden konnte.

Im weiteren Verlauf der Behandlung ist es jedoch wichtig, so wenig wie möglich zu einer Rückversicherung beizutragen. Oft ist es für den Therapeuten verlockend, Rückversicherung zu geben, da dadurch schnell Unbehagen reduziert werden kann. Deshalb empfiehlt es sich, diesbezüglich wachsam zu sein. Stellt der Patient explizit rückversichernde Fragen, ist es sinnvoll, statt eine Antwort zu geben, dieses Verhalten transparent zu machen und zu diskutieren. Ein Beispiel gibt der folgende Therapedialog.

therapeutische Rückversicherung vermeiden

Therapie & Dialog

Umgang mit Rückversicherung beim Therapeuten

Patient: ... Ja, und jetzt frage ich mich, ob ich nicht doch besser noch mal zum Lungenarzt gehen sollte.

Therapeut: Wenn ich Sie richtig verstehe, wünschen Sie sich jetzt, dass ich etwas dazu sage, ob Sie zum Arzt gehen sollen?

Patient: Ja, das wäre mir eine große Hilfe.

Therapeut: Ich würde mir gerne mit Ihnen diese Frage etwas genauer ansehen. Allerdings werde ich Ihnen erst einmal keine direkte Antwort auf Ihre Frage geben, auch wenn Ihnen das vielleicht erst einmal unangenehm ist und Sie sich vielleicht sogar über mich ärgern.

Patient: Na ja, nein Ärger habe ich nicht direkt.

Therapeut: Sie haben mich gefragt, ob Sie zum Arzt gehen sollen. Was wäre, wenn ich Ihnen sage: Nein, ich denke, Sie brauchen nicht zum Arzt zu gehen. Die Atemprobleme sind unbedenklich.

Patient: Dann könnte ich wohl erst einmal darauf verzichten, zum Arzt zu gehen, wenn die Atemprobleme nicht schlimmer werden.

Therapeut: Das heißt, die Krankheitsangst lässt dadurch erst einmal nach?

Patient: Ja, zwar nicht so stark als wenn ich zum Lungenarzt ginge, aber schon ein bisschen.

Therapeut: Das ist ein wichtiger Punkt: Das heißt also, dass ich Ihnen dadurch Rückversicherung geben würde. - Jetzt hatten Sie sich ja entschieden, so weit es geht auf Rückversicherung zu verzichten, weil Sie gerne Ihre eigene Fähigkeit, mit Gedanken und Symptomen klar zu kommen, stärken möchten. Haben Sie eine Idee, wie Sie mit der Frage, ob Sie zum Arzt gehen sollten, eigenständig umgehen können?

Patient: Da ich vor zwei Wochen das letzte Mal beim Arzt war und wir alle vier Wochen vereinbart hatten, muss ich also noch zwei Wochen warten. Außerdem habe ich die Atemprobleme ja schon einmal untersuchen lassen. Damals waren sie zwar noch nicht so schlimm, aber... ach nein, ich werde warten.

Diskussion der Intensität von Beschwerden als Grund für Arztbesuch vermeiden

5.1.2 Arztbesuche bei häufig wechselnden Symptomen

Als Regeln für Arztbesuche wurde in ► Kap. 3.3.2 beschrieben, dass diese in zeitlicher Regelmäßigkeit durchgeführt werden sollten, aber bei neuen Beschwerden ein Arzt aufgesucht werden sollte. Ein Teil der hypochondrischen Patienten, der vermutlich sehr »anfällig« für eine körperbezogene Aufmerksamkeitsausrichtung ist, zeigt jedoch häufig wechselnde Beschwerden. Ein sofortiger Arztbesuch wäre aufgrund der Rückversicherung häufig nicht indiziert. Umgekehrt sollte allerdings eine Gesundheitsgefährdung verhindert werden. Bei diesem Thema ist es zu vermeiden, die Intensität von Beschwerden in ein therapeutisches Gespräch zum Thema »Arztbesuch oder nicht?« zu integrieren, da diese in höchstem Maße subjektiv sind und sich die Einschätzung von »schlimmen Beschwerden« und »starken Schmerzen« bei chronifiziert Krankheitsängstlichen vermutlich extrem verschoben hat.

Sinnvoller ist es, die Verantwortung an den Patienten zurück zu geben. Dabei kann dem Patienten durchaus gesagt werden, dass hier die beiden Regeln »Neue Beschwerden sollten abgeklärt werden« und »Ärztliche Rückversicherung sollte vermieden werden« im Widerspruch zu einander stehen und es keine klare Lösung für dieses Problem gibt. Der Patient wird gebeten, sich selbst zu entscheiden.

5.1.3 Umgang mit der Verunsicherung des Therapeuten

Von Zeit zu Zeit hört man von Patienten, die tatsächlich an Krankheiten verstarben, die sie vorher schon immer befürchtet hatten oder von solchen, bei denen eine andere Krankheit als die befürchtete gefunden wurde. Bisherige Untersuchungen und Erfahrungen zeigen jedoch, dass diese Fälle sehr selten sind. Vermutlich wird die Wahrscheinlichkeit aber von vielen Menschen, nicht nur Patienten, überschätzt. Auch hier spielt wohl die Bedrohlichkeit der Informationen zusammen mit der selektiven Aufmerksamkeit eine wichtige Rolle dabei, dass diese Risiken mitunter auch von Therapeuten überschätzt werden.

Mag das Risiko noch so gering sein, lebt man als Therapeut mit der Gefahr, dass eine schwere Krankheit später erkannt werden könnte und die Psychotherapie dazu beigetragen hat, eine Untersuchung nicht durchführen zu lassen. Um sich mit dieser Unsicherheit auseinander zu setzen, sind für den Therapeuten ganz ähnliche Strategien hilfreich wie für seinen Patienten:

- Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass eine schlimme Krankheit aufgrund der Psychotherapie nicht behandelt wird.

- Abwägen der Vor- und Nachteile, die die Psychotherapie für den Patienten hat.

Je nach Persönlichkeit und Vorerfahrungen des psychotherapeutischen Behandlers kann diese Thematik einerseits problemlos, oder aber andererseits ein guter Grund für Super-, Intervision oder Selbsterfahrung sein.

Super-, Intervision oder Selbsterfahrung

5.1.4 Liefert eine Therapie Rückversicherung?

Wichtiger Bestandteil der Psychotherapie von Krankheitsangst ist die Bereitstellung von Informationen zur Erklärung körperlicher Empfindungen. Streng genommen dient jede harmlose Erklärung der Rückversicherung. Insofern ist es nach Ansicht der Autoren unrealistisch, eine vollkommen »rückversicherungsfreie« sinnvolle Behandlung durchzuführen. Wichtig ist jedoch, wachsam zwischen der Vermittlung neuer, angstreduzierender Informationen und der Wiederholung derselben zum Zweck der Rückversicherung zu unterscheiden. Bittet der Patient also um Informationen, die er eigentlich schon haben könnte, soll er zunächst gebeten werden, sich seine Frage selbst zu beantworten. Besteht ein Wissensdefizit, ist die Wiederholung von Information angezeigt. Andernfalls bietet sich die Thematisierung der Rückversicherung beim Therapeuten an, wie sie in einem der vorangehenden Abschnitte beschrieben wurde.

Unterscheidung von Wissensdefizit und Suche nach Rückversicherung

5.2 Kürzere Behandlungen subklinischer Hypochondrie

Für Patienten, die an behandlungswürdigen Krankheitsängsten unterhalb der diagnostischen Schwelle leiden, sind prinzipiell die gleichen Strategien sinnvoll wie für Patienten mit der Diagnose Hypochondrie. Häufig ist eine Behandlung subklinischer Krankheitsängste allein deshalb schon weniger intensiv, da die einzelnen Behandlungsbausteine bei diesen Patienten schneller bearbeitet werden können. Darüber hinaus wird im Folgenden eine »Minimalversion« in drei Bausteinen für eine Behandlung beschrieben, für die etwa fünf Sitzungen geplant werden sollten.

5.2.1 Provokationsübungen für Körpersymptome

Verhaltensexperimente bieten stets eine gute Möglichkeit, den Patienten selbst Erklärungen finden zu lassen. Auch wenn wenig Zeit zur Verfügung steht, sollte diese lieber praktisch als durch umfangreiche Erklärungen genutzt werden. Da das wesentliche Ziel der Behandlung das Finden alternativer Erklärungen für körperliche Beschwerden ist, sollten verschiedene Provokationsübungen durchgeführt werden:

1. Körperreise zur Erklärung der Aufmerksamkeitsfokussierung (► Kap. 3.2.1)
2. Zitronenübung zur Erklärung der körperlichen Wirkung von Vorstellungen (► Kap. 3.2.3)
3. Provokationsübung (z. B. Hyperventilation) für bestimmte Körpersymptome (► Kap. 3.3.6)

5.2.2 Gründe, die gegen eine Krankheit sprechen

In einer Kurzfassung der kognitiven Umstrukturierung (vgl. ► Kap. 3.2.4) sollten Gründe erarbeitet werden, die gegen eine Krankheit sprechen. Dazu kann Arbeitsblatt 15 »Argumente gegen die Krankheit« verwendet werden. Hier ist es hilfreich, wenn der Therapeut mögliche alternative Erklärungen zu den körperlichen Symptomen anführt, die bisher nur kurz oder gar nicht besprochen werden konnten (z. B. Teufelskreis der Aufmerksamkeit, Stressreaktion). Den Abschluss der Übung bildet die Formulierung eines alternativen Satzes, der zumeist die körperlichen Symptome anders als durch die befürchtete Krankheit erklärt.

5.2.3 Sicherheitssuchendes Verhalten

Auch bei subklinischer Ausprägung der Hypochondrie gibt es langfristig ungünstiges Verhalten. Am besten wird hier das Verhalten ausgewählt, das zur größten Angstreduktion führt, oder, wenn sich dies nicht feststellen lässt, die meiste Zeit in Anspruch nimmt. In Frage kommen dabei die Selbstuntersuchungen des Körpers, Rückversicherung bei Ärzten, andere Rückversicherung sowie Vermeidungsverhalten. Das Vorgehen verläuft dabei wie in ► Kap. 3.3 beschrieben: Nachdem der Patient für sich konkretisiert hat, wie er das entsprechende sicherheitssuchende Verhalten ausführt, werden kurz- und langfristige Konsequenzen aufgelistet. Anhand dieser Gegenüberstellung wird der Patient gebeten zu entscheiden, ob er weiterhin im Sinne seiner kurzfristigen Konsequenzen oder stattdessen im Sinne seiner langfristigen Konsequenzen handeln möchte. Entscheidet sich der Patient für eine Veränderung, sollten konkrete Verhaltensziele erarbeitet werden, für deren Erreichen sich der Patient belohnen soll. Bei der Unterlassung sicherheitssuchenden Verhaltens helfen die Tipps, die auf Arbeitsblatt 19 zusammengefasst wurden.

5.3 Vereinfachtes Krankheitsmodell

Das vorliegende Behandlungsmanual führt eine Vielzahl von Erklärungs- und Bewältigungsmöglichkeiten auf und impliziert ein relativ

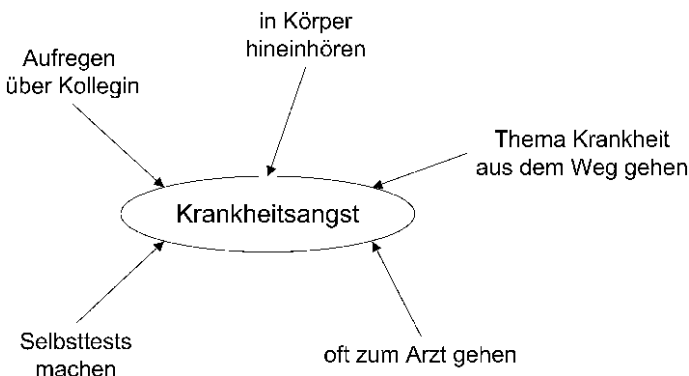
komplexes Erklärungsmodell für Krankheitsangst. Die Therapie fordert von dem Patienten eine gute Auffassungsgabe. Für Patienten, bei denen dies nicht vorausgesetzt werden kann oder Sprachschwierigkeiten bestehen, bietet der vorangehende Abschnitt ► Kap. 5.2 einen guten Leitfaden für eine vereinfachte Therapie. Außerdem empfiehlt es sich, möglichst viele Metaphern zu verwenden, wie es z. B. im ► Kap. 3.2.1 mit dem Scheinwerfer der Aufmerksamkeit geschieht. Im folgenden Therapiedialog am Beispiel »Arztbesuche« wird eine weitere Metapher zum sicherheitssuchenden Verhalten vorgestellt. Die Idee dazu stammt ursprünglich von Paul Salkovskis (unveröffentlicht).

Fallbeispiel

Metapher zum sicherheitssuchenden Verhalten

Therapeut: Mit den Arztbesuchen verhält es sich so ähnlich wie mit einem Schorf, der sich auf kleinen Verletzungen bildet. Hatten Sie schon einmal so etwas? ... Und kam das schon einmal vor, dass der Schorf anfang zu jucken, und irgendwie hat er Sie auch gestört und Sie haben ihn abgekratzt? ... Ja, und dann war die Wunde wieder offen und wurde ein bisschen schlimmer. Dann hat sich erneut der Schorf gebildet, und als der so richtig kräftig anfang zu jucken, haben Sie ihn vielleicht wieder abgekratzt. Für die Wunde darunter war das gar nicht gut, aber das Gefühl, kratzen zu müssen, war einfach so stark. Können Sie sich vorstellen, was Ihnen das für die Arztbesuche sagen soll? ... Genau. Die Krankheitsangst ist manchmal so schlimm, dass Sie zum Arzt gehen müssen, damit es Ihnen wieder etwas besser geht. Wenn Sie dann hingehen, wird es aber insgesamt auf lange Sicht nur noch schlimmer mit der Krankheitsangst.

Daneben sind praktische Übungen eine gute Möglichkeit, Informationen unabhängig von der Sprache zu vermitteln und den Patienten seine eigenen Worte dafür finden zu lassen. Zudem kann eine vereinfachte Version des Erklärungsmodells verwendet und individuell angepasst werden, wie die folgende ■ Abb. 5.1 zeigt.



■ **Abb. 5.1.** Vereinfachtes Erklärungsmodell

5.4 Krankheitsangst bei vorhandenen Krankheiten

Leiden oder litten Patienten tatsächlich unter einer ernsten Erkrankung und befürchten einen neuen Schub oder eine Verschlimmerung, kann eine Behandlung ihrer Krankheits- oder auch »Progredienzangst« (vgl. ► Kap. 1.3.4) trotzdem in wesentlichen Aspekten mit diesem Manual durchgeführt werden.

Es ergeben sich folgende Unterschiede:

1. Es besteht eine tatsächliche »Bedrohung« durch die Krankheit, die weder vom Patienten noch vom Therapeuten herunterzuspielen ist. Über die psychoedukativen, kognitiven und behavioralen Strategien dieses Manuals zur Krankheitsangst hinaus ist die Thematisierung der Krankheit und ihrer möglicherweise in Folge auftretenden Einschränkungen und Gefahren zentral, was man durch den Begriff »Krankheitsakzeptanz« bezeichnen kann. Anders als bei der Hypochondrie spielen hier auch die Emotionen Trauer und Wut eine entscheidende Rolle. Zum Thema »Akzeptanz bei Krebsbehandlungen« finden sich hilfreiche Informationen bei Stepien & Lerch (2006).
2. Vermittelt man dem Patienten ein Erklärungsmodell für die Krankheitsangst, kommt dem ersten Auftreten der Erkrankung eine maßgebliche Bedeutung zu. In der Folge auftretende Aufmerksamkeits- und Bewertungsprozesse (»Bisher dachte ich immer, ich sei ein gesunder Mensch und mich kann so etwas nicht treffen«) können thematisiert werden.
3. Da die befürchtete Krankheit tatsächlich besteht, kommt alternativen Erklärungen für körperliche Symptome eine geringere Bedeutung zu. Dennoch ist es auch hier wichtig, Aufmerksamkeits-, Stress- und Vorstellungsprozesse als Grund heranzuziehen, wenn auch nicht unbedingt für die Entstehung, sondern eher für die Verstärkung von Beschwerden.
4. Üblicherweise fällt es Therapeuten leichter, sich in das Leiden des Patienten einzufühlen, wenn die Krankheitsbefürchtung ausreichende Gründe hat. Dies erleichtert vor allem den Aufbau der Therapiebeziehung in der Eingangsphase.

5.5 Weiterführende Literatur

5.5.1 Fachliteratur zur Hypochondrie

Im angloamerikanischen Sprachraum sind zum Störungsbild derzeit zwei empfehlenswerte Lehrbücher sowie zwei Psychotherapie-Werke erhältlich. Das Buch »Health Anxiety – Clinical and Research Perspectives on

Hypochondriasis and Related Disorders« (Asmundson et al., 2001) stellt die wichtigsten Informationen für Krankheitsangst und Hypochondrie zusammen. Der Verhaltenstherapie ist eines der 15 Kapitel gewidmet, der Pharmakotherapie ein weiteres. Etwas klarer strukturiert und enger auf das Thema der Hypochondrie fokussiert ist das Buch »Hypochondriasis – Modern Perspectives on an Ancient Malady« (Starcevic & Lipsitt, 2001). Neben zwei vergleichbaren Kapiteln zur verhaltens- und pharmakotherapeutischen Behandlung enthält es je ein Kapitel zur Beziehung von Arzt und Patient sowie zur Rückversicherung. Auch findet man hier eine Darstellung der psychodynamischen Sicht der Hypochondrie.

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz wird außerdem im Buch »Treating Health Anxiety – A Cognitive Behavioral Approach (Taylor & Asmundson, 2005) vorgestellt. Die Darstellung der Therapie erfolgt dabei in etwa so umfassend wie in dem vorliegenden Buch.

Das jüngste Werk liegt von Abramowitz und Braddock (2008) vor. Auch diese Autoren verfolgen einen kognitiv-verhaltensbezogenen Ansatz. Das Werk beinhaltet umfangreiche Therapiematerialien. Besonders hervorzuheben ist der beschriebene psychoedukative Ansatz der Autoren. Insbesondere bei mildereren Formen der Hypochondrie könnte dieser ökonomisch und vielversprechend sein (vgl. Kapitel 2.2.2).

Im deutschen Sprachraum bietet darüber hinaus das Buch »Hypochondrie und Krankheitsangst« (Bleichhardt & Martin, 2010) einen guten Überblick auf aktuellem Forschungsstand.

Asmundson et al., 2001

Starcevic & Lipsitt, 2001

Taylor & Asmundson, 2005

Abramowitz & Braddock, 2008

Bleichhardt & Martin, 2010

5.5.2 Fachliteratur zu somatoformen Störungen

Umfangreiche Informationen zur Behandlung somatoformer Störungen, aber auch für Hypochondrie im Besonderen, bietet das Buch »Somatisierungsstörung und medizinisch unklare körperliche Symptome« von Rief & Hiller (2010). Auf rund zwei Dritteln der neunzig Seiten wird die kognitive Verhaltenstherapie der somatoformen Störungen beschrieben. »Somatoforme Störungen – Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund« (Morschitzky, 2000) stellt sämtliche somatoforme Störungen sowie spezielle Syndrome (z. B. Colon irritabile) ausführlich in ihrer Geschichte, Diagnostik und ihrem Erscheinungsbild dar. Die Darstellung der Psychotherapie erfolgt allerdings ausgesprochen knapp.

Rief & Hiller, 2010

Morschitzky, 2000

5.5.3 Patientenratgeber

Einen kurzen, aber hilfreichen Ratgeber verfassten Rauh & Rief (2006): »Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste – Informationen für Betroffene und Angehörige«. Das Buch liefert Erklärungen und

Rauh & Rief, 2006

Veränderungsmöglichkeiten für somatoforme Symptome und Krankheitsängste in einer für Patienten gut verständlichen Sprache. Patienten mit subklinischen Formen der Störungsbilder liefert es konkrete Veränderungshilfen, für Betroffene oberhalb der diagnostischen Schwelle ist es eine gute Motivation und Vorinformation für eine Psychotherapie.

Kaufs, 2006

Das Buch »Ich habe Angst vor Krankheiten – Erfahrungen eines Hypochonders« von Ernst L. Kaufs (2006) beschreibt die Leidensgeschichte eines seit rund zehn Jahren an Hypochondrie erkrankten Patienten, der an dem Behandlungsschwerpunkt »Krankheitsangst« der Universität Mainz teilnahm. Der Autor, dessen Familie von verschiedenen schlimmen Krankheiten heimgesucht wurde und der im Verlaufe dessen eine Hypochondrie entwickelt hat, bleibt dabei realistisch und sympathisch. Der mit einer guten Prise Humor gewürzte Bericht lässt auch die Darstellung der Psychotherapie nicht aus, und der ungewohnte Einblick in das Alltagsleben eines Betroffenen ist auch für Psychotherapeuten eine interessante Lektüre.

Morschitzky & Hartl, 2009

Ein umfangreicher Ratgeber steht mit dem Werk von Morschitzky und Hartl (2009) zur Verfügung: Die Angst vor Krankheit, verstehen und bewältigen. Auf über 200 Seiten geben die Autoren Informationen über das Erscheinungsbild, mögliche Erklärungen für die Entstehung und eine Anleitung zur Selbsthilfe bei Krankheitsängsten.

5.5.4 Unterhaltungslektüre

Recherchiert man nach Büchern über Hypochondrie, finden sich zahlreiche Werke, deren Ziel eine humorvolle Unterhaltung über Krankheitsangst ist. So gibt es zum Beispiel ein Lexikon über besonders schreckliche Krankheiten, vor denen es sich lohnen könnte, besondere Angst zu haben. Zunehmender Beliebtheit erfreuen sich auch humoristische »Hilfe-Bücher«, in denen allerlei Hygiene-Tipps zusammengestellt werden. Für Personen, denen das Krankheitsbild bereits aus der betroffenen oder der helfenden Perspektive bekannt ist, sind diese Bücher vermutlich weniger lustig. Empfehlenswerte Unterhaltungslektüre ist das Buch »Schöner leiden« von Geysersbach & Wieland (2004), das im Wesentlichen eine Zitatensammlung berühmter Schriftsteller und anderer Personen des öffentlichen Interesses darstellt, die an Hypochondrie oder verwandten psychischen Problemen litten.

**Geysersbach & Wieland,
2004**

Evaluation des Behandlungsprogramms

- 6.1 Beschreibung des Klientels – 194
- 6.2 Auswertung klinischer Instrumente – 195
- 6.3 Patienten- und Therapeutenurteile zum Therapieerfolg – 196
- 6.4 Ergebnisse einer Wartegruppe – 198
- 6.5 Anteil erfolgreicher Therapien – 198

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf das in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie an der Universität Mainz durchgeführte Programm. Dabei wurde das Behandlungsprogramm als kombinierte Einzel- und Gruppentherapie konzipiert, wie in ► Kap. 4 beschrieben.

6.1 Beschreibung des Klientels

Es konnten 69 Patienten mit einer nach DSM-IV diagnostizierten Hypochondrie evaluiert werden. Die Geschlechter sind in etwa gleich verteilt: 55% der Patienten sind Frauen, 45% Männer. Das Alter liegt mit durchschnittlich 37 Jahren ($M=37,2$; $SD=11,4$) relativ niedrig. Dies wird vermutlich dadurch verursacht, dass die Ambulanz auf dem Universitätscampus angesiedelt ist und sich deshalb viele Studierende melden. Das erklärt auch, dass das Bildungsniveau mit 61% von Patienten mit Abitur relativ hoch liegt.

Bevor die Patienten die Behandlung aufsuchten, litten sie bereits durchschnittlich 11 Jahre ($M=11,4$; $SD=9,0$) an der Hypochondrie. Die kürzeste Erkrankungsdauer ist sechs Monate, die längste 36 Jahre. Neunundzwanzig Prozent der Patienten wurden zeitgleich ambulant psychiatrisch betreut und erhielten Antidepressiva, zumeist selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer.

Komorbide psychische Störungen in der Stichprobe sind eher die Regel als die Ausnahme: 59% haben eine komorbide psychische Stö-

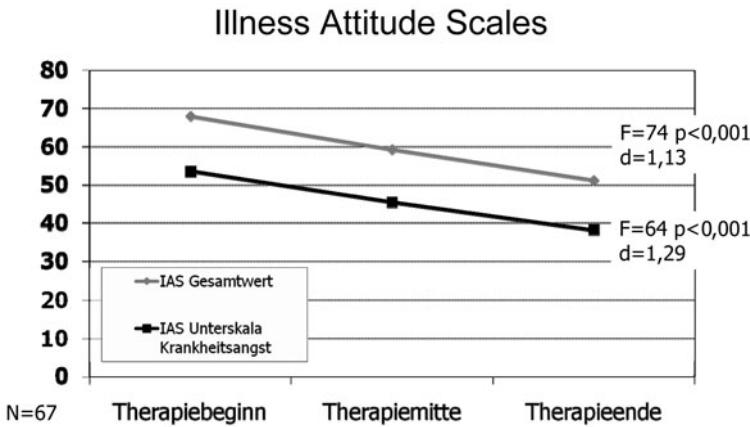
Tab. 6.1. Komorbide psychische Störungen (N=69)

Störung	Häufigkeit	Prozent
Irgendeine depressive Störung	N=27	39,1%
– davon rezidivierende Major Depression	N=19	27,5%
– davon Dysthyme Störung	N=4	5,8%
– davon Episode einer Major Depression	N=3	4,3%
– davon depressive Störung, nicht näher bezeichnet	N=1	1,4%
Irgendeine Angststörung	N=21	30,4%
– davon Panikstörung mit Agoraphobie	N=7	10,1%
– davon Panikstörung ohne Agoraphobie	N=3	4,3%
– davon Soziale Phobie	N=5	7,2%
– davon Generalisierte Angststörung	N=3	4,3%
– davon Spezifische Phobie	N=3	4,3%
– davon Zwangsstörung	N=1	1,4%
Undifferenzierte Somatoforme Störung	N=6	8,7%
Persönlichkeitsstörungen	N=2	2,9%

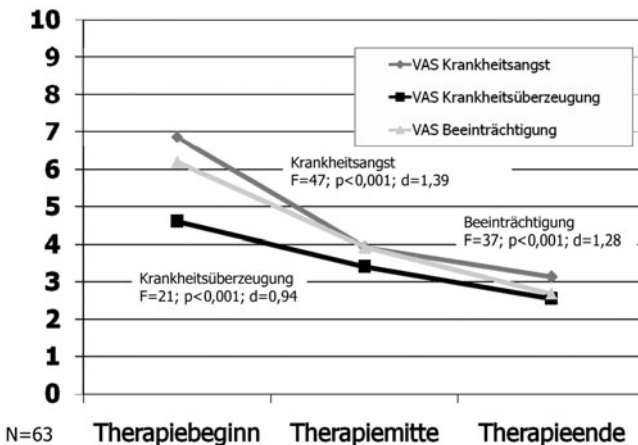
rung. Die häufigste Komorbidität besteht mit depressiven Störungen, die zweithäufigste mit der Panikstörung. ■ Tab. 6.1 zeigt die Diagnosenverteilung komorbider Störungen.

6.2 Auswertung klinischer Instrumente

Sieben Patienten fielen im Behandlungsverlauf aus der Studie heraus: Drei Patienten waren nicht mehr interessiert, zwei Patienten fehlte die Zeit für eine vollständige Teilnahme, ein Patient lehnte die Behandlung in der Gruppe ab und bei einem Patienten wurde die Finanzierung durch die Krankenversicherung nicht bewilligt. Wie die Auswertungen verschiedenster Maße zeigen, finden sich durchgehend Verminderungen in der Symptomatik. ■ Abb. 6.1 zeigt die Veränderungen im Laufe der Therapie für die Illness Attitude Scales. Es zeigen sich hoch signifikante Verminderungen, sowohl im Gesamwert, als auch in der Unterskala »Krankheitsangst« (► Kap. 1.3.3). Die Effektstärken liegen mit



■ **Abb. 6.1.** Veränderung in den Werten der Illness Attitude Scales IAS



■ **Abb. 6.2.** Veränderung in den visuellen Analogskalen Krankheitsangst, Krankheitsüberzeugung und Beeinträchtigung

■ **Tab. 6.2.** Therapieverlauf (N=68)

	Therapiebeginn M (SD)	Therapieende M (SD)	Effektstärke Therapieverlauf
Allgemeine Psychopathologie Brief Symptom Inventory (BSI)	50,1 (31,1)	30,2 (30,1)	0,65***
Ängstlichkeit (BSI)	1,42 (0,85)	0,72 (0,69)	0,90***
Depressivität (BSI)	1,01 (0,88)	0,56 (0,70)	0,57***
Unklare körperliche Symptome (Screening für Somatoforme Störungen SOMS)	32,6 (23,5)	22,5 (22,3)	0,44***
Krankheitsverhalten (Scale for the Assessment of Illness Beha- viour SAIB; Gesamtwert)	38,3 (10,1)	30,2 (10,1)	0,79***
Krankheitsfolgen (SAIB Unterskala)	8,75 (2,75)	6,33 (2,60)	0,90***
Absuchen des Körpers (SAIB Unterskala)	9,26 (2,21)	6,56 (2,48)	1,15***

*** $p < .001$

$d=1,13$ für die Gesamtskala und $d=1,29$ für die Krankheitsangst-Skala im hohen Bereich.

Auch für die visuellen Analogskalen, mit denen die zentralen Charakteristika der Krankheitsangst gemessen werden, finden sich positive Ergebnisse: Die Angst sowie die Überzeugung, eine ernste Krankheit zu haben, und die Beeinträchtigung durch die Krankheitsorgen vermindern sich im Verlauf der Behandlung deutlich. Dabei sind die Effektstärken mit $d=1,39$ (Krankheitsangst), $d=0,94$ (Krankheitsüberzeugung) und $d=1,28$ (Beeinträchtigung) sehr hoch. Die Veränderung der Werte im Therapieverlauf wird in ■ Abb. 6.2 dargestellt.

Die Veränderungen in weiteren Fragebögen sind in der oben stehenden ■ Tab. 6.2 zusammengefasst.

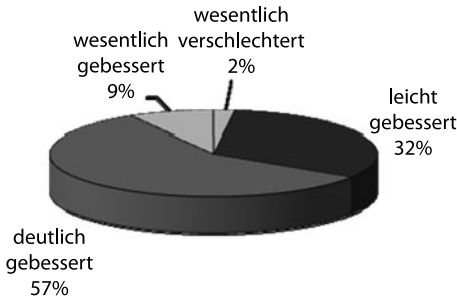
Zusätzlich zeigt sich, dass die Arztbesuche bereits kurzfristig durch die Therapie reduziert werden konnten: Während die Patienten in den 30 Tagen vor Therapiebeginn durchschnittlich 2,3 Arztbesuche angaben ($SD=2,0$), hatten sie in den 30 Tagen vor Therapieende den Arzt nur noch durchschnittlich 1,3 ($SD=1,5$) mal, also in etwa halb so oft, aufgesucht. Dies ist auch insofern beachtlich, als dass sich beide Werte noch auf die Arztbesuche während der Behandlung beziehen. Der Unterschied ist signifikant ($p < 0,001$).

Reduktion der Arztbesuche um mehr als die Hälfte

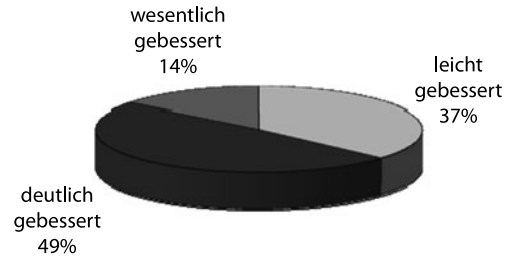
6.3 Patienten- und Therapeutenurteile zum Therapieerfolg

Die folgende ■ Abb. 6.3 zeigt die Einschätzung von Patienten und ihrer Therapeuten des gegenwärtigen Zustands im Vergleich zum Beginn der Behandlung.

Patient



Therapeut



Wie die **Abb. 6.3** zeigt, schätzen 66% der Patienten ihren Zustand als mindestens deutlich gebessert ein. Mit Ausnahme eines Patienten beurteilten alle ihren Zustand zumindest als leicht besser. Die Beurteilung der Therapeuten entspricht etwa denen der Patienten: Insgesamt schätzen die Therapeuten den Zustand ihrer Patienten in 63% der Fälle als mindestens deutlich gebessert ein. Der Anteil wesentlich gebesserter Zustände ist mit 15% bei Therapeuten noch größer als bei Patienten. Die Antwortmöglichkeiten »wesentlich verschlechtert«, »deutlich verschlechtert«, »leicht verschlechtert« sowie »unverändert« wurden lediglich von einem der 69 Patienten verwendet.

Patienten wurden auch danach gefragt, wie hilfreich sie jeweils die Gruppen- und die Einzelsitzungen fanden. Da die Ankündigung der Gruppentherapie von vielen Patienten nicht sehr positiv aufgenommen wurde, ist es erfreulich, dass Einzel- und Gruppensitzungen gleich attraktiv beurteilt wurden: Die Einzeltherapie erhält auf einer Skala von 1 (gar nicht) bis 5 (extrem hilfreich) einen Mittelwert von $M=4,0$ ($SD=0,74$), die Gruppentherapie einen Mittelwert von $3,8$ ($SD=0,8$). Der Unterschied ist nicht signifikant.

Die folgende Grafik zeigt die Beurteilung einzelner Therapiestrategien, die von den Patienten zum Ende der Therapie vorgenommen wurden:

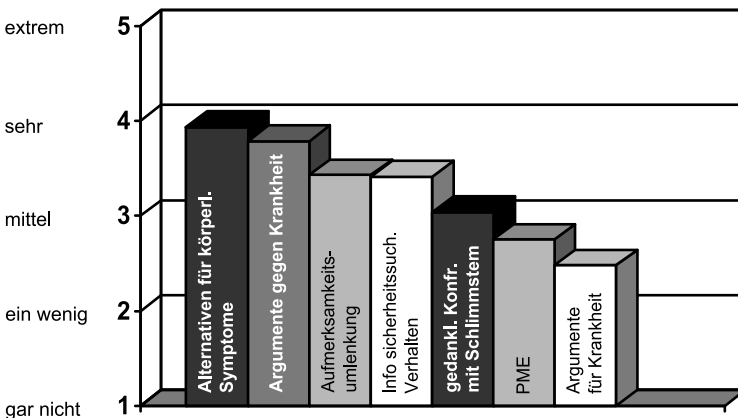


Abb. 6.3. Antworthäufigkeiten auf die Frage »Wie schätzen Sie Ihren heutigen Zustand im Vergleich zu dem vor der Behandlung ein?«

Zwei Drittel deutlich gebessert

Abb. 6.4. Beurteilung von Therapiestrategien von 5 = »extrem hilfreich« bis 1 = »gar nicht hilfreich«

kognitive Umstrukturierung als hilfreichste Strategie eingeschätzt

Die Abbildung zeigt, dass die kognitive Umstrukturierung im Sinne eines Findens von alternativen Erklärungen für körperliche Beschwerden sowie von Argumenten gegen die Krankheit am hilfreichsten eingeschätzt werden.

6.4 Ergebnisse einer Wartegruppe

Um Aussagen darüber treffen zu können, ob die erzielten Veränderungen auch tatsächlich ursächlich auf die Behandlung zurückgehen, muss man streng genommen eine Kontrollgruppe verwenden, die möglichst die gleichen Bedingungen erfährt wie die Behandlungsgruppe und sich nur hinsichtlich der zu evaluierenden Strategien unterscheidet. Im Rahmen des Behandlungsschwerpunkts in Mainz konnte keine ordnungsgemäße Kontrollgruppe realisiert werden. Dennoch gab es eine kleinere Gruppe von insgesamt fünfzehn Patienten, denen zunächst kein freier Behandlungsplatz angeboten werden konnte. Die genaue Betrachtung dieser Wartegruppe zeigt, dass sich sowohl in der IAS (Gesamtskala und Unterskala Krankheitsangst) als auch in der allgemeinen Psychopathologie (Brief Symptom Inventory, BSI; Gesamtskala und Unterskalen Ängstlichkeit und Depressivität) keine signifikanten Veränderungen während der Wartezeit (durchschnittlich 9 Wochen, $SD=4,1$) einstellen. Dem gegenüber zeigen sich aber für diese Teilgruppe von 15 Patienten signifikante Verbesserungen für die genannten Maße in der Therapiephase.

keine Veränderungen für eine Teilgruppe während Wartezeit

6.5 Anteil erfolgreicher Therapien

Der Anteil erfolgreich behandelter Patienten wird in der Fachsprache auch als »Responder« bezeichnet. Es gibt sehr unterschiedliche Möglichkeiten, Kriterien für Responder festzulegen. Dem entsprechend unterscheiden sich die Erfolgszahlen. Für die folgenden Analysen wurde festgelegt, dass diejenigen Patienten als Responder gelten sollen, die zu Therapieabschluss eine Reduktion von mindestens einer halben Standardabweichung der Anfangswerte erreichten, was also in der Veränderung einer mittleren Effektstärke entspricht.

Für die einzelnen Instrumente ergeben sich nach diesem Kriterium folgende Erfolgsraten:

Aus **Tab. 6.3** ist ersichtlich, dass die Erfolgsraten für Maße, die sich direkt auf Krankheitsangst beziehen, zwischen 70% und 78% betragen. Darüber hinaus haben sich 59% deutlich bezüglich ihres Krankheitsverhaltens, 49% deutlich bezüglich allgemeiner psychopathologischer Charakteristika verbessert.

Die Ergebnisse stehen in etwa in Einklang mit den unter **Kap. 6.3** genannten Patientenurteilen. Beide Herangehensweisen sprechen für

■ **Tab. 6.3.** Erfolgsraten für verschiedene Instrumente

Instrument zur Erfolgsmessung	Responder
Illness Attitude Scales Gesamtwert	74,6%
Illness Attitude Scales Unterskala Krankheitsangst	77,6%
Visuelle Analogskala »Krankheitsangst«	76,6%
Visuelle Analogskala »Beeinträchtigung«	70,3%
Krankheitsverhalten SAIB Gesamtwert	58,8%
allgemeine Psychopathologie	48,5%

Als Responder gilt, wer sich um mindestens 50% der Standardabweichung der Gesamtgruppe zu Beginn verbessert hat.

eine Erfolgsrate bei zwei Drittel bis drei Viertel der Patienten. Beide Auswertungsmethoden sprechen für eine Erfolgsrate bei 2/3 bis 3/4 der Patienten.

- Σ Bei rund 75% der Patienten hat sich die Krankheitsangst deutlich vermindert.

Literaturverzeichnis

- Abramowitz, J. S. & Braddock, A. E. (2008). Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis: A biopsychological approach. Cambridge: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington, DC: A.P.A.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S. & Cox, B. J. (2001). *Health anxiety. Hypochondriasis and related disorders*. Chichester: Wiley.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Sevgur, S. & Cox, B. J. (2001). Health anxiety: Classification and clinical features. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor & B. J. Cox (Eds.). *Health anxiety. Hypochondriasis and related disorders*. Chichester: Wiley.
- Barsky, A. J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine*, 91, 63-70.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A. J. & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 1464-1470.
- Barsky, A. J., Ahern, D. K., Bailey, E. D., Saintfort, R., Liu, E. B. & Peekna, H. M. (2001). Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. *American Journal of Psychiatry*, 158, 783-787.
- Barsky, A. J., Brener, J., Coeytaux, R. R. & Cleary, P. D. (1995). Accurate awareness of heartbeat in hypochondriacal and non-hypochondriacal patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 489-497.
- Barsky, A. J., Coeytaux, R. R., Sarnie, M. K. & Cleary, P. D. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085-1089.
- Barsky, A. J., Fama, J. M., Bailey, E. D. & Ahern, D. K. (1998). A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 737-744.
- Barsky, A. J., Geringer, E. G. & Wool, C. A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C. & Cleary, P. D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 397-401.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1986). Hypochondriasis: An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 493-500.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. & Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 49, 101-108.
- Barsky, A., Wyshak, G., Latham, K. S. & Klerman, G. L. (1991). Hypochondriacal patients, their physicians and their medical care. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 413-419.
- Beck, J. S. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz PVU.
- Becker, E. & Margraf, J. (2002). *Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Beltz PVU.
- Bernstein, D. A. & Borkovec, T. D. (2002). *Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung*. Donauwörth: Pfeiffer.
- Berrios, G. E. (2001). Hypochondriasis: History of the concept. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.). *Hypochondriasis*. New York: Oxford University Press.
- Bianchi, G. N. (1971). The origins of disease phobia. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 241-257.
- Bleichhardt, G. & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12, 511-523.
- Bleichhardt, G. & Hiller, W. (2006). Krankheitsangst bei Patienten in ambulanter Verhaltenstherapie: Psychopathologie, medizinische Inanspruchnahme und Medienutzung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 27, 29-41.
- Bleichhardt, G. & Martin, A. (2010). *Hypochondrie und Krankheitsangst. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- 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.
- Bleichhardt, G. & Weck, F. (2006). Psychotherapie bei Hypochondrie. *Hessisches Ärzteblatt*, 67, 413-414.
- Bouman, R. K. (2002). A community-based psychoeducational group approach to hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 326-332.
- Creed, F. & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391-408.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, H., Richards, C. & Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five factor inventory. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Asmundson, G. J. G. & Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29, 99-108.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2000). *Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Ellermann, B. (2006). Der eingebilddete Kranke ... ist wirklich krank. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, 128.
- Fallon, B. A. (2001). Pharmacological strategies for hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.). *Modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press.
- Fallon, B. A., Liebowitz, M. R., Salman, E., Schneier, F. R., Jusino, C., Hollander, E. & Klein D. F. (1993). Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 438-441.
- Fallon, B. A., Schneier, F. R., Marshall, R., Campeas, R., Vermes, D., Goetz, D. & Liebowitz, M. R. (1996). The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 607-611.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Fabbri, S. & Cazzarao, M. (2000). Explanatory therapy in hypochondriasis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 37-322
- Feldman, M. D. (2006). *Wenn Menschen krank spielen. Münchhausen-Syndrom und artifizielle Störungen*. München: Reinhardt.
- Furer, P. & Walker, J. R. (2005). Treatment of hypochondriasis with exposure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 251-268.
- Furer, P., Walker, J. R. & Freeston, M. H. (2001). Integrated approach to cognitive-behavioral therapy for intense illness worries. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor & B. J. Cox (Eds.). *Health anxiety. Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Geyersbach, U. & Wieland, R. (2004). *Schöner leiden. Die schönsten Krankheiten und die größten Hypochonder des Universums*. Berlin: Argon Verlag.
- Gramling, S. E., Clawson, E. P. & McDonald, M. K. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: Amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine*, 58, 423-431.

- Greeven, A., Spinhoven, P., van der Leeden, R. & van Balkom, A. (2006). *The long-term treatment effect of cognitive behavioral therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis*. Vortrag auf dem 36. Jahreskongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Paris.
- 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.
- Haenen, M.-A., de Jong, P., Schmidt, A. J. M., Stevens, S. & Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: Domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 819-833.
- Haenen, M.-A., Schmidt, A. J. M., Kroeze, S. & van den Hout, M. A. (1996). Hypochondriasis and symptom reporting – the effects of attention versus distraction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 43-48.
- Haenen, M.-A., Schmidt, A. J. M., Schoenmakers, M. & Van den Hout, M. A. (1997). Tactual sensitivity in hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 128-132.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W. & Fichter, M. M. (2003). Predictors of course and outcome in hypochondriasis after cognitive-behavioral treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 318-325.
- Hiller, W. & Rief, W. (2004). *Internationale Skalen für Hypochondrie. Deutschsprachige Adaptation des Whiteley-Index (WI) und der Illness Attitude Scales (IAS) (Manual)*. Bern: Huber.
- Hiller, W., Rief, W., Elefant, S., Margraf, J., Kroymann, R., Leibbrand, R. & Fichter, M. M. (1997). Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 226 – 234.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10*. Göttingen: Hogrefe.
- Hitchcock, P. B. & Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 223-234.
- Hunter, R. C. A., Lohrenz, J. G. & Schwartzman, A. E. (1964). Nosophobia and hypochondriasis in medical students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 147-152.
- Jacobi, F., Hoyer, J. & Wittchen, H.-U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost- und Westdeutschland. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 251-260.
- Kaluza, G. (2004). *Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2004). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kauf, E. L. (2006). *Ich habe Angst vor Krankheiten. Erfahrungen eines Hypochonders*. Worms: Tribut Verlag.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger Publishers.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W. & Pathak, D. (1987). Fears, beliefs and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 20-25.
- 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., Pathak, D., Romanik, R., Winslow, W. W. (1983). Life events and hypochondriacal concerns. *Psychiatric Medicine*, 1, 133-141.
- Kjernisted K. D., Enns M. W., Lander M. (2002). An open-label clinical trial of nefazodone in hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 290-294.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Langs, G., Bachmann, M., Schramm, S. & Nutzinger, D. O. (2002). Subjektive Krankheitsmodelle bei Patienten mit Panikstörung, Hypochondrie und Somatisierungsstörung. *Verhaltenstherapie*, 12, 19-25.
- Lecci, L. & Cohen, D. J. (2002). Perceptual consequences of an illness-concern induction and its relation to hypochondriacal tendencies. *Health Psychology*, 21, 147-156.
- Longley, S. L., Watson, D. & Noyes, R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: The multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychological Assessment*, 17, 3-14.
- MacLeod, A. K., Haynes, C. & Sensky, T. (1998). Attributions about common bodily sensations: Their associations with hypochondriasis and anxiety. *Psychological Medicine*, 28, 225-228.
- Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: Misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 79-91.
- Marcus, D. K. & Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 543-547.
- Margraf, J. (2005). Was wissen wir wirklich? *Verhaltenstherapie*, 15, 136-137.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (2005). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Martin, A. & Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 68, 770-777.
- Morschitzky, H. (2000). *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. Wien: Springer.
- Morschitzky, H. & Hartl, T. (2009). *Die Angst vor Krankheit: verstehen und bewältigen*. Kreuzverlag: Stuttgart.
- Moss-Morris, R. & Petri, K. J. (2001). Redefining medical students' disease to reduce morbidity. *Medical Education*, 35, 724-728.
- Nanke, A. & Rief, W. (2000). Biofeedback-Therapie bei somatoformen Störungen. *Verhaltenstherapie*, 10, 238-248.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199-206.
- Noyes, R., Holt, C. S., Happel, R. L., Kathol, R. G. & Yagly, S. J. (1997). A family study of hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 223-232.
- Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T. & Holt, C. S. (1993). The validity of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 961-970.
- Noyes, R., Kathol, R. G., Fisher, M. M., Phillips, B. M., Suelzer, M. T. & Woodman, C. L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 16, 78-87.
- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J. & O'Gorman, T. W. (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 149, 631-635.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L. & Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
- Oosterbaan, D. B., van Balkom A. J., van Boeijen, C. A., de Meij, T. G. & van Dyck, R. (2001). An open study of paroxetine in hypochondriasis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 1023-1033.
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 194, 481-482.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 89-93.
- Rauh, E. & Rief, W. (2006). *Ratgeber Somatoforme Beschwerden und Krankheitsängste. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.

- Rief, W., Bleichhardt, G. & Timmer, B. (2002). Gruppentherapie für somatoforme Störungen - Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie*, 12, 183 - 191.
- Rief, W. & Hiller, W. (2010). *Somatisierungsstörung und medizinisch unklare körperliche Symptome. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587-595.
- Rief, W., Ihle, D. & Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 405-414.
- Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behaviour, and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A. & Valiente, R. M. (2004). Differences in negative life events between patients with anxiety disorders, depression and hypochondriasis. *Anxiety, Stress and Coping*, 17, 37-47.
- Schmidt, A. J. M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 306-315.
- Smeets, G., de Jong, P. J. & Mayer, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: Domain-specific reasoning »bias« and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 763-776.
- Starcevic, V. (2001). Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.). *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press.
- Starcevic, V. & Lipsitt, D. R. (2001). *Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press.
- Stepien, J. & Lerch, J. (2006). Achtsamkeit und Akzeptanz in der Krebsbehandlung. In: T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Stern, R. & Fernandez, M. (1991). Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *British Medical Journal*, 303, 1229-1231.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, S. & Asmundson, G. J. G. (2005). *Treating health anxiety: A cognitive behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Taylor, S., Asmundson, G. J. G. & Coons, M. J. (2005). Current directions in the treatment of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 285-304.
- Thomson, A. B. & Page, L. A. (2007). Psychotherapies for hypochondriasis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD006520. DOI: 10.1002/14651858.CD006520.pub2.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L. & Asmundson, G. J. G. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World Psychiatry*, 5, 47-50.
- Torgersen, S. (1986). Genetics of somatoform disorders. *Archives of General Psychiatry*, 43, 502-505.
- Tyrer, P., Lee, I. & Alexander, J. (1980). Awareness of cardiac function in anxious, phobic and hypochondriacal patients. *Psychological Medicine*, 10, 171-174.
- Visser, S. & Bouman, T. K. (2001). The treatment of hypochondriasis: Exposure plus response prevention vs. cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 423-442.

- Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, M. & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 196, 189-195.
- Warwick, H. M. & Salkovskis, P. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.). *Hypochondriasis – modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press.
- Watt, M. C. & Stewart, S. H. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 107-118.
- Wattar, U., Sorensen, P., Buemann, I., Birket-Smith, M., Salkovskis, P. M., Albertsen, M. & Strange, S. (2005). Outcome of cognitive-behavioural treatment for health anxiety (hypochondriasis) in a routine clinical setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 165-175.
- Weck, F., Bleichhardt, G. & Hiller, W. (2009). Stellen Erfahrungen mit Krankheiten einen spezifischen Risikofaktor für Krankheitsängste dar? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, 89-99.
- Wesner, R. B. & Noyes, R. (1991). Imipramin: An effective treatment for illness phobia. *Journal of Affective Disorders*, 22, 43-48.
- Wilken, B. (2006). *Praxis der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittchen, H.-U., Pfister, H. & Garczynski, E. (1997). *CIDI. Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 und DSM-IV der WHO, deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Witthöft, M., Haaf, A., Rist, F. & Bailer, J. (2010). Erfassung von Krankheitsangst mit dem Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT). *Diagnostica*, 56, 2-12.
- Wodds, S. M., Natterson, J. & Silverman, J. (1966). Medical students' disease: Hypochondriasis in medical education. *Journal of Medical Education*, 41, 785-790.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group therapy*. New York: Basic Books.

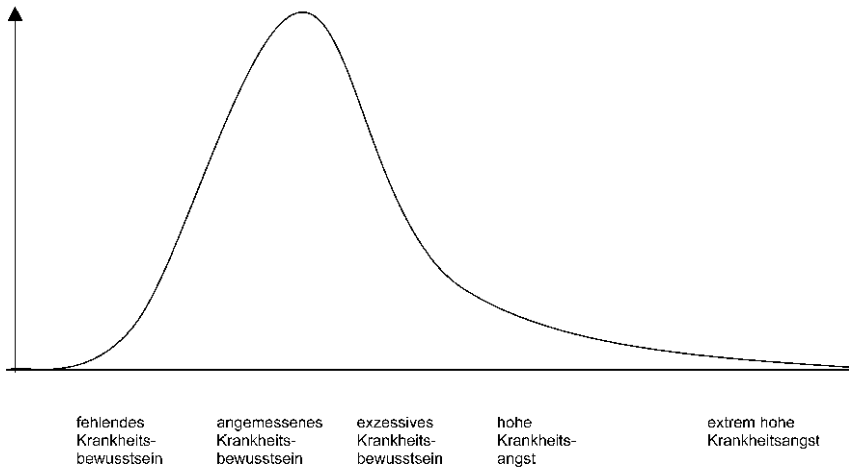
Arbeitsblätter

Alle Arbeitsblätter finden Sie auch auf der beiliegenden CD-ROM.

Arbeitsblatt 1

Die Begriffe Krankheitsangst und Hypochondrie

Unter Krankheitsangst versteht man die Angst, eine ernste Krankheit zu haben. Wie das Bild zeigt, hat jeder Mensch mehr oder weniger Krankheitsangst.



Besonders hohe, aber auch besonders niedrige Krankheitsangst sind ungünstig: Menschen mit fehlendem Krankheitsbewusstsein / niedriger Krankheitsangst gehen auch bei ernststen Beschwerden nicht zum Arzt und vernachlässigen regelmäßige Kontrolluntersuchungen.

Der Begriff Hypochondrie wird häufig falsch verwendet und ist bei vielen Menschen negativ besetzt. Eigentlich ist damit aber nichts anderes gemeint als hohe Krankheitsangst. Genau genommen ist Hypochondrie definiert als:

- ☒ die Angst oder Überzeugung, eine ernste Krankheit zu haben,
- ☒ die trotz medizinischer Untersuchungen bestehen bleibt,
- ☒ zu einer deutlichen Einschränkung im alltäglichen Leben führt und
- ☒ mindestens seit einem halben Jahr besteht.

Arbeitsblatt 2

Meine persönlichen Ziele

Kurzfristige Ziele:

In den nächsten Wochen möchte ich mit Hilfe von minimalen Veränderungsschritten folgende Ziele erreichen:

- ☒ _____
- ☒ _____
- ☒ _____
- ☒ _____

Mittelfristige Ziele:

In den nächsten Monaten möchte ich folgende Ziele erreichen:

- ☒ _____
- ☒ _____
- ☒ _____
- ☒ _____



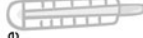
Langfristige Ziele:

Weitere Ziele für die nächsten Jahre sind:

- ☒ _____
- ☒ _____
- ☒ _____

Arbeitsblatt 3

Krankheitsangst-Protokoll

Wann trat die Krankheitsangst auf? 	An welche Krankheit haben Sie gedacht? 	Welche Körpersymptome traten auf?	In welcher Situation traten die Ängste auf? (z.B. wo waren Sie? Was wollten Sie tun? Waren andere anwesend?)	Wie stark war die Angst? (1: sehr gering bis 10: sehr stark) 	Was haben Sie gemacht , als die Ängste auftraten?

Arbeitsblatt 4

Körperliche Symptome und Aufmerksamkeit

Aufmerksamkeit ist wie ein Scheinwerfer:

Dort, wo der Scheinwerfer hinleuchtet, erscheinen die Dinge ganz hell, intensiv und deutlich. So ist es auch mit der Aufmerksamkeit auf den Körper: Wo sie hingelenkt wird, sind die Sinneseindrücke besonders intensiv. Wo die Aufmerksamkeit nicht ist, kann man weniger oder gar nichts spüren.

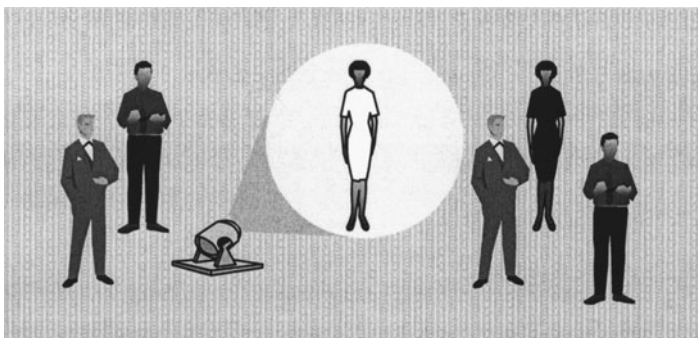
Im Scheinwerferfokus werden auch kleinste Veränderungen spürbar:

Im Fokus eines Scheinwerfers kann man auch kleinste Veränderungen wahrnehmen, die einem sonst nicht auffallen würden. Und auch so funktioniert die Aufmerksamkeit: Dort, wo man besonders hinspürt, merkt man auch, wenn sich verhältnismäßig kleine Dinge ändern.

Im Körper laufen ununterbrochen sehr viele Prozesse ab:

Die allermeisten davon werden normalerweise nicht wahrgenommen. Erst wenn die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, können einige davon gespürt werden.

Das Scheinwerfermodell:



Arbeitsblatt 5

Bewältigung körperlicher Beschwerden durch Umlenkung der Aufmerksamkeit

Der Radius unserer Aufmerksamkeit ist begrenzt:

Wir können unsere Umwelt und unseren Körper mit allen Sinnesorganen erleben. Allerdings nehmen wir nicht unsere gesamte Umwelt oder alle Körperteile gleichzeitig wahr. Es wird uns kaum gelingen, gleichzeitig Radionachrichten zu hören und uns mit einem Freund zu unterhalten oder unsere Füße zu spüren und dabei auf unsere Atmung zu achten. Wir lenken unsere Sinne immer nur auf einen Ausschnitt unserer Umwelt. Dabei können wir unsere Aufmerksamkeit bewusst lenken – insbesondere auf solche Dinge, die uns wichtig sind bzw. eine bestimmte Bedeutung für uns haben.

Es ist möglich, die Aufmerksamkeit umzulenken und körperliche Symptome weniger zu spüren

Je häufiger man sich auf anderes konzentriert als auf seinen Körper, desto weniger werden körperliche Symptome spürbar. Allerdings ist die Aufmerksamkeitslenkung auf den Körper meist zu einer Gewohnheit geworden, d.h., der Scheinwerfer ist in dieser Stellung „ingerostet“. Man benötigt einige Übung, um den „ingerosteten“ Scheinwerfer immer mehr vom Körper zu lösen.

Beliebte Möglichkeiten der Aufmerksamkeitsumlenkung sind z. B.:

- Konzentration auf die eigenen Sinneserfahrungen: Riechen, Schmecken, Fühlen, Sehen, Hören
- Zerstreuende Aktivitäten, z. B. ein Telefonat führen oder spazieren gehen
- Entspannungsübungen
- Sich an angenehme Situationen erinnern (z. B. Urlaub)

Arbeitsblatt 6



Der Sinnesspaziergang

Der Sinnesspaziergang bietet eine gute Möglichkeit, die Wahrnehmung nach außen zu kehren. Solche Übungen erleichtern die Umlenkung des Aufmerksamkeitscheinwerfers fort vom Körper.

Nehmen Sie sich mindestens 20 Minuten Zeit und machen Sie einen Spaziergang. Achten Sie dabei ganz besonders auf Ihre Sinneserfahrungen:

- ❶ *Schauen Sie in eine beliebige Richtung und benennen Sie die Farben, die Sie dort sehen. Gibt es eine Farbe, die Ihnen besonders gut gefällt? Gibt es eine Farbe, die Sie besonders häufig sehen?*
- ❷ *Achten Sie genau auf die Geräusche, die Sie wahrnehmen. Was hören Sie in der Nähe, was in der Ferne? Wie erkennen Sie, dass sich ein Gegenstand bewegt (z.B. ein in der Ferne fahrendes Auto)? Gibt es Naturgeräusche, die Sie hören (z. B. den Wind)?*
- ❸ *Wo ist es am wärmsten, wo am kältesten an Ihrem Körper? Können Sie den Wind auf Ihrer Haut spüren? Macht es einen Unterschied, ob Sie die Hände in die Sonne oder in den Schatten halten?*
- ❹ *Achten Sie auch beim Spaziergehen genau auf Ihre Geruchswahrnehmung. Wenn Sie gar nichts riechen, gehen Sie einmal so nah Sie können an einen Baum oder Busch heran. Vielleicht müssen Sie sogar ein Blatt zerreißen, um etwas zu riechen?*

Nehmen Sie sich nach dem Spaziergang nochmals Zeit, und lassen Sie in Gedanken das Wahrgenommene vor dem inneren Auge Revue passieren. Am besten notieren Sie sich einige Eindrücke.

Arbeitsblatt 7

Stress und körperliche Symptome

Der Körper reagiert in einer Belastungssituation mit einer Stressreaktion. Diese ist angeboren, normal und hat eine Anpassungsfunktion.

Aus der Entwicklungsgeschichte heraus versetzt uns die Stressreaktion optimal in die Lage, zu kämpfen oder zu fliehen.

Gefühle wie Ärger, Trauer oder Angst können auch eine Stressreaktion hervorrufen.

Auch die Krankheitsangst selbst kann die Stressreaktion auslösen.



Arbeitsblatt 8

Meine persönlichen Stress-Auslöser

Stress ist eine Reaktion auf Belastung. Belastungen können sehr unterschiedlich sein.

Welche Belastungen / Stress-Auslöser haben Sie in Ihrem Leben?

Notieren Sie die fünf größten.

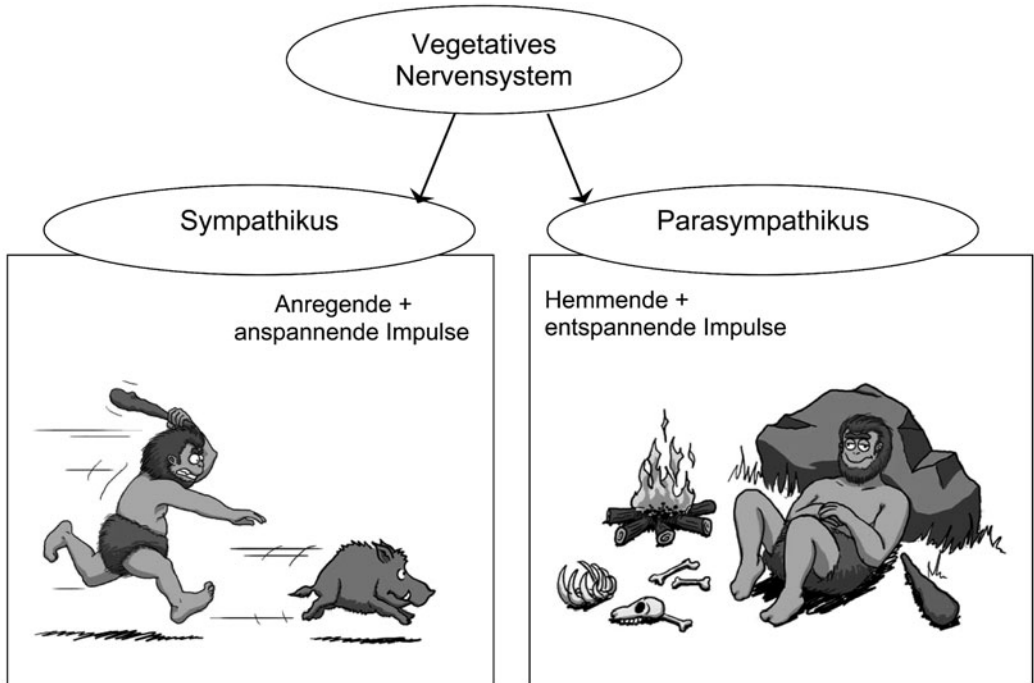
- ① _____
- ② _____
- ③ _____
- ④ _____
- ⑤ _____

Beispiele für Belastungen können sein:

Häufiger Ärger / Streit mit Personen (z. B. Partner, Kollegen),
regelmäßige Überstunden, Sorge um einen nahe stehenden Menschen,
Ängste bezüglich Krankheiten, Überforderung.

Arbeitsblatt 9

Was steuert die Stressreaktion?



Sympathikus	Körperfunktion	Parasympathikus
Erhöhung	Blutdruck	Senkung
Beschleunigung	Herzfrequenz	Verlangsamung
Beschleunigung	Atmung	Verlangsamung
Vermehrung	Blutzucker	Verminderung
Aktivierung	Schweißdrüsen	---
Zunahme	Muskelanspannung	Abnahme
Hemmung	Verdauungsfunktion	Anregung

Arbeitsblatt 10

Informationsblatt zur Progressiven Muskelentspannung (PME)

Wie funktioniert die Progressive Muskelentspannung?

Das Grundprinzip der Progressiven Muskelentspannung (nach Jacobson, 1934) ist sehr einfach - es basiert auf dem Wechsel zwischen Anspannung und anschließender Entspannung einzelner Muskelgruppen. Dabei soll konzentriert auf Empfindungen der Entspannung in den jeweiligen Muskelpartien geachtet werden und die Entspannung soll jeweils mit dem Ausatmen vertieft werden. Durch das bewusste An- und Entspannen der Muskeln können schnell intensive Entspannungsempfindungen (z.B. Schwere- oder Wärmegefühle) hervorgerufen werden, die der kurzfristigen Bewältigung von Stress- und Belastungssituationen dienen können. Langfristig kann die Muskelspannung mit regelmäßiger Übung weit unter das normale Spannungsniveau gesenkt werden.

Wozu kann Entspannungstraining dienen?

Körperlichen Verspannungen können sowohl körperliche als auch psychische Ursachen zugrunde liegen. Körperliche Beschwerden können muskuläre Verspannungen hervorrufen oder verstärken. Auch Nervosität, innere Unruhe, Angst oder depressive Verstimmungen führen zu psychischer Anspannung, die sich zugleich auch in einer Zunahme der Muskelspannung zeigt.

Durch die Entspannung der Muskulatur wird nicht nur die Muskelanspannung selbst verringert, es kann auch das allgemeine Erregungsniveau (z.B. Senkung des arteriellen Blutdrucks, Verlangsamung der Atemfrequenz, Gleichmäßigkeit der Atemzyklen, Senkung der Hautleitfähigkeit, etc.) reduziert werden. Dadurch kann man auch auf innere Spannungszustände einwirken und ein Gefühl der Gelassenheit und Ausgeglichenheit erlangen. So stellt die Fähigkeit, sich körperlich zu entspannen und gedanklich abzuschalten, eine grundlegende Bewältigungsmöglichkeit gegenüber Belastungen dar.

Was Sie beim Üben berücksichtigen sollten!

Üben Sie täglich mindestens einmal, um die Entspannungsübungen möglichst wirksam einsetzen zu können! Legen Sie den Zeitpunkt so, dass Sie 20 - 25 Minuten zur Verfügung haben, in denen Sie nicht gestört werden und sich nicht unter Zeitdruck fühlen. Suchen Sie sich einen ruhigen Ort, wo Sie während des Übens nicht abgelenkt oder in Ihrer Konzentration gestört werden. Mit der Zeit werden Sie sich schneller entspannen und diese Übungen auch im Alltag und in Belastungssituationen gezielt einsetzen können.

Arbeitsblatt 11

PME - Übungen

Wenn Sie für sich PME üben, gehen Sie die einzelnen Übungen am besten in der unten beschriebenen Reihenfolge durch. Haben Sie weniger Zeit, greifen Sie sich eine der vier unten genannten Muskelgruppen heraus.

Achten Sie darauf, nicht zu stark anzuspannen, es genügt völlig, wenn Sie eine Anspannung der Muskeln spüren. Die Entspannungsphase danach sollte deutlich länger sein als die Anspannungsphase.

Zum Einstieg ist es hilfreich, zunächst einmal auf die Atmung zu achten (der Atem geht ruhig und gleichmäßig) und dann in Gedanken durch den Körper zu reisen, Orte der Anspannung aufzudecken und diese mehr zu entspannen.

1. Muskelgruppe: Hände und Arme

- ❑ Ballen Sie die rechte / linke Hand zur Faust (Anspannung Hand, Unterarm)
- ❑ Winkeln Sie den rechten / linken Arm mit geöffneter Hand an (Anspannung Oberarm)

2. Muskelgruppe: Gesicht

- ❑ Ziehen Sie die Stirn in Falten
- ❑ Kneifen Sie die Augen zusammen
- ❑ Rümpfen Sie die Nase
- ❑ Spitzen Sie die Lippen
- ❑ Pressen Sie die Zähne leicht aufeinander (Anspannung Kiefer)

3. Muskelgruppe: Hals, Nacken, Rücken und Bauch

- ❑ Drehen Sie den Kopf und beugen ihn zur rechten / linken Schulter
- ❑ Drücken Sie den Kopf vorne gegen die Brust
- ❑ Ziehen Sie die Schultern nach hinten
- ❑ Drücken Sie den Rücken durch, so dass ein Hohlkreuz entsteht
- ❑ Spannen Sie die Bauchmuskeln an, so als wollten Sie einen leichten Schlag abfangen

4. Muskelgruppe: Gesäß, Beine und Füße

- ❑ Spannen Sie den rechten / linken Oberschenkel und die Gesäßmuskeln rechts / links an
- ❑ Spannen Sie die rechte / linke Wade an, indem Sie den rechten / linken Fuß nach oben ziehen
- ❑ Spannen Sie den rechten / linken Fuß an, indem Sie die rechten / linken Zehen krümmen

Arbeitsblatt 12

Bewertungen von Symptomen

Es gibt stets mehrere Arten, in denen man innere und äußere Situationen bewerten kann. Bei einigen Bewertungen ist es sinnvoll, diese von Zeit zu Zeit zu überdenken. Welche körperlichen Symptome spüren Sie aktuell an sich bzw. haben Sie in der letzten Zeit gespürt? Wie kann man diese bewerten?

Körperliches Symptom	Mögliche Bewertung
<input type="checkbox"/> _____	<p>Krankheitsbezogene Bewertung:</p> <input type="checkbox"/> _____ <p>Alternative Bewertungen:</p> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<p>Krankheitsbezogene Bewertung:</p> <input type="checkbox"/> _____ <p>Alternative Bewertungen:</p> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<p>Krankheitsbezogene Bewertung:</p> <input type="checkbox"/> _____ <p>Alternative Bewertungen:</p> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Arbeitsblatt 13

Argumente für die Krankheit

- ❶ Welche Krankheit beunruhigt Sie am stärksten?

Ich habe Angst, _____ zu haben.

- ❷ Wie stark sind Sie davon überzeugt die oben genannte Krankheit zu haben?
(0-100%)

 %

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

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

■ _____

■ _____

■ _____

■ _____

■ _____

■ _____

Arbeitsblatt 14

Hinterfragen der Krankheitsannahmen

- 1 Nehmen Sie sich Ihre Krankheitsüberzeugungen vor (Arbeitsblatt 13).
- 2 Gehen Sie Ihre Argumente, die für die Krankheit sprechen, Schritt für Schritt durch und stellen Sie sich die folgenden Fragen (Sollte eine Frage für Ihr Argument unpassend sein, gehen Sie einfach zur nächsten Frage über):
 - ☒ Entspricht das genau der Realität?
 - ☒ Woran machen Sie das fest?
 - ☒ Woher wissen Sie das?
 - ☒ Welche Beweise haben Sie dafür?
 - ☒ Was würden Sie sagen, wenn ein anderer so denkt?
 - ☒ Sehen das andere auch so?
 - ☒ Was würden Sie einem Freund sagen, der so argumentiert?
 - ☒ Könnte man das auch anders sehen?
 - ☒ Sind Sie sicher?
- 3 Notieren Sie auf der Rückseite (oder einem extra Blatt) das Ergebnis dieser Fragen. Hat sich Ihr Argument verändert? Kann Ihr Argument weiter so stehen bleiben? Muss etwas an ihrem Argument verändert werden, damit es für Sie stimmt?
- 4 Nehmen Sie sich das Arbeitsblatt 15 vor und sammeln Sie nun Gründe, die dafür sprechen, dass Sie die Krankheit nicht haben.
- 5 Versuchen Sie im Anschluss, eine Erklärung für Ihre Symptome zu finden, die beide Argumente berücksichtigt. Wie überzeugt sind Sie von dieser alternativen Erklärung?

Arbeitsblatt 15

Argumente gegen die Krankheit

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

☒ _____

☒ _____

☒ _____

☒ _____

☒ _____

☒ _____

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

%

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

Arbeitsblatt 16, Seite 1

Gedanken in den Griff bekommen...

Im Folgenden sind einige Hilfen aufgeführt, die es Ihnen ermöglichen sollen alternative Denkweisen in Ihr Leben zu integrieren!

❶ Selbstbeobachtung: Symptome anders bewerten

Wenn Sie sich über die Bedeutung von Symptomen sorgen, nehmen Sie sich ein neues Arbeitsblatt 12 „Bewertung von Symptomen“ vor. Füllen Sie es erneut aus, auch wenn Sie das Symptom bereits schon einmal so bearbeitet haben. Erinnern Sie sich an harmlose alternative Erklärungen für Beschwerden. Malen Sie ein „Kuchendiagramm“ dazu, und machen Sie die Kuchenstücke umso größer, je wahrscheinlicher Sie sie finden.

❷ Selbstbeobachtung: Krankheitsannahmen verändern

Beschäftigen Sie Krankheits Sorgen, nehmen Sie sich neue Arbeitsblätter 13, 14 und 15 vor. Notieren Sie die Krankheitsannahme und Argumente dafür. Mit Hilfe von Arbeitsblatt 14 suchen Sie dann nach Gegenargumenten, die Sie auf Arbeitsblatt 15 eintragen. Es macht nichts, wenn Sie die Übung in der Form bereits gemacht haben: Je häufiger Sie sich damit beschäftigen, desto leichter fällt es Ihnen, harmlose Alternativen anzunehmen.

❸ Nutzen Sie Hinweisreize!

Um an die Alternativ-Sätze möglichst häufig zu erinnern, können Sie Hinweisreize aus dem Alltag nutzen, z. B.:

- ❏ Wenn Sie im Straßenverkehr unterwegs sind, denken Sie bei jeder roten Ampel, vor der Sie warten, an Ihren Alternativ-Satz.
- ❏ Verteilen Sie bunte Punkte in der Wohnung. Immer wenn Sie einen davon sehen, denken Sie an Ihren Alternativ-Satz.
- ❏ Denken Sie bei jedem Händewaschen an Ihren Alternativ-Satz.

Arbeitsblatt 16, Seite 2 – Gedanken in den Griff bekommen

4 Alternativ-Sätze sichtbar aufstellen

- Schreiben Sie Ihren Alternativ-Satz auf eine Karte und hängen Sie sie an einen Ort, an dem Sie sie häufig sehen.
- Nutzen Sie die Bildschirmschoner-Funktion Ihres Computers oder Handys, und schreiben Sie dort Ihren Satz hin.
- Schreiben Sie den Satz an verschiedene Stellen Ihres Terminkalenders oder Tagebuchs!

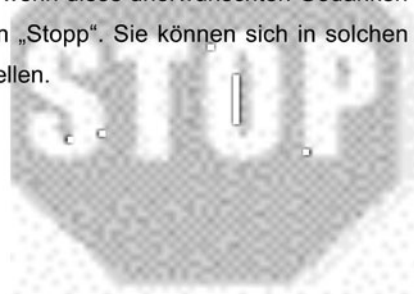
Bestimmt haben Sie noch andere Ideen, wie Sie sich den alternativen Gedanken vor Augen führen könnten...

5 Entspannungsübung mit Alternativ-Satz

Beginnen Sie Ihre Entspannungsübungen wie gewohnt. Führen Sie auch die An- und Entspannungsphase der Muskeln durch, wie Sie es kennen. Haben Sie alle Muskelgruppen entspannt, atmen Sie noch einige Züge ruhig ein und aus. Beim Ausatmen sprechen Sie Ihren Alternativ-Satz in Gedanken aus. Wiederholen Sie dies zwei bis drei Mal und beenden die Übung dann wie gewohnt.

6 Gedankenstopp

Gedanken, die als Grübeleien immer wieder auftauchen und mit denen Sie sich schon anhand der Arbeitsblätter auseinandergesetzt haben, können Sie mit Hilfe der Stopp-Technik in den Griff bekommen: Immer wenn diese unerwünschten Gedanken auftauchen, sagen Sie laut oder in Gedanken „Stopp“. Sie können sich in solchen Situationen auch ein großes Stoppschild vorstellen.



Arbeitsblatt 17a

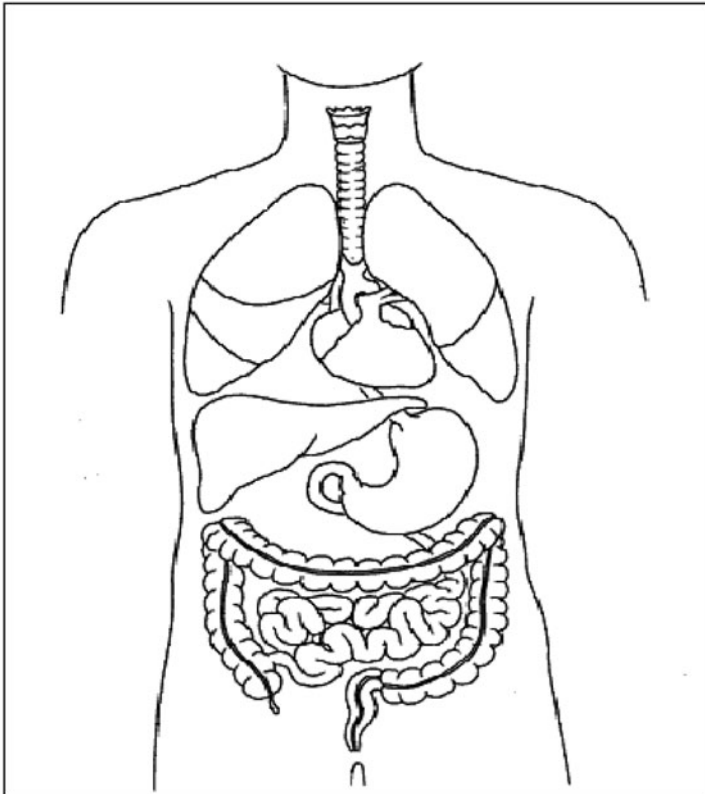
Body Checking

Kreisen Sie den Bereich / die Bereiche Ihres Körpers in einer der beiden Darstellungen ein, die Sie häufig kontrollieren. Geben Sie jeweils daneben die Art (Abtasten, „in sich hineinhorchen“, in den Spiegel schauen, spezielle Tests verwenden,...) und die Häufigkeit der Kontrolle (z. B. jeden Morgen, ca. 5 mal täglich) an:



Arbeitsblatt 17b

Body Checking



Arbeitsblatt 18

Veränderung des Body-Checking

Welchen Körperbereich untersuche ich wie ?	Wie oft passiert das? (z.B. fünfmal in der Woche oder dreimal täglich)	Wie oft wäre eine Untersuchung sinnvoll ?	Folgendes soll mir helfen , die Untersuchung nicht durchzuführen:

Arbeitsblatt 19, Seite 1

Was kann mir helfen, sicherheitssuchendes Verhalten zu reduzieren?

Auf diesem Arbeitsblatt finden Sie eine Reihe von Möglichkeiten, unerwünschtes Verhalten mehr und mehr unter Kontrolle zu bekommen. Suchen Sie sich je eine Strategie der Punkte 1-4 und 5-6 aus!

Wenn Sie merken, dass Sie das Verhalten ausführen möchten und Sie versuchen, sich davon abzuhalten:

- ❶ Gedankenstopp: Wenn Sie den Impuls spüren, sagen Sie laut oder in Gedanken „Stopp!“ und stellen sich dabei ein Stoppschild vor.
- ❷ Verschieben: Wenn Sie den Impuls spüren, warten Sie noch eine möglichst lange Zeit, bis Sie das Verhalten ausführen. Bitte eintragen: Ich möchte mindestens _____ Minuten / Stunden warten.
- ❸ Alternative Handlung: Wenn Sie den Impuls spüren, tun Sie etwas anderes, z. B. dreimal bewusst ausatmen, eine andere Entspannungsübung ausführen. Bitte eintragen: Ich möchte stattdessen:

- ❹ Aufschreiben statt Ausführen: Wenn Sie den Impuls spüren, schreiben Sie auf, was Sie gern tun würden.



Arbeitsblatt 19, Seite 2 – Was kann mir helfen, sicherheitssuchendes Verhalten zu reduzieren?



Wenn Sie sich dabei „ertappt“ haben, dass Sie das unerwünschte Verhalten ausgeführt haben:

- 5 Protokoll: Notieren Sie immer, wenn Sie das Verhalten ausgeführt haben, das Datum und die Uhrzeit auf einem Blatt Papier. Dies sollten Sie eine Zeit lang immer bei sich tragen.

- 6 Kleine „Strafen“: Tun Sie etwas, das Ihnen ein bisschen unangenehm ist, wenn Sie das Verhalten ausgeführt haben: Sie könnten einen festen Betrag (z. B. 20 Cent) in ein Sparschwein tun und die Summe spenden. Sie könnten eine Gymnastikübung durchführen (z. B. 10 Kniebeugen).

Bitte eintragen: Wenn ich merke, dass ich das Verhalten ausgeführt habe, möchte ich:



Arbeitsblatt 20

Wann ist ein Arztbesuch für mich sinnvoll?

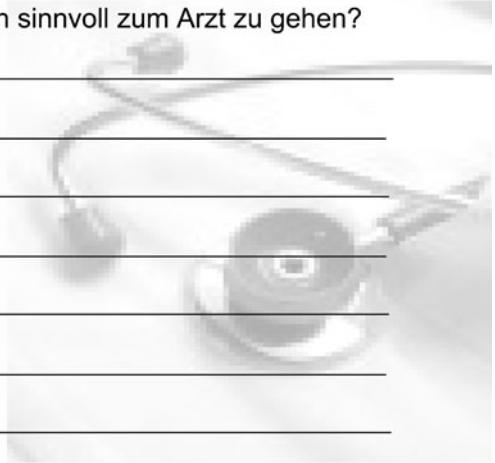
Unter welchen Umständen ist es für mich sinnvoll zum Arzt zu gehen?

- 1 _____

- 2 _____

- 3 _____

- 4 _____



Welche Gründe habe ich, ansonsten nicht zum Arzt zu gehen?

- 1 _____

- 2 _____

- 3 _____

- 4 _____



Arbeitsblatt 21

Arztbesuche - Wie finde ich das richtige Maß?

Körperliche Beschwerden können eine wichtige Signalfunktion in unserem Körper haben - sie können uns auf Verletzungen, Erkrankungen oder organische Fehlfunktionen hinweisen. Beim Auftreten von **neuen, unbekanntem Beschwerden** ist es daher wichtig, ärztliche Hilfe einzuholen. Mittels einer differenzierten organmedizinischen Diagnostik können dann mögliche Ursachen aufgeklärt und optimale Behandlungsmöglichkeiten eingesetzt werden.

Körperliche Beschwerden sind jedoch nicht immer Ausdruck einer körperlichen Erkrankung, sondern entstehen häufig auch durch Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren (z.B. Stress, Aufmerksamkeitslenkung, Krankheitsvorstellungen, etc.). In diesen Fällen ist eine häufige Wiederholung medizinischer Untersuchungen wenig erfolgreich. Sie dienen nur noch dem Zweck, Angst und Unsicherheit zu reduzieren. Als Folge wird die Toleranz für Angst und Unbehagen immer geringer, und man macht sich immer abhängiger von der Bestätigung der Ärzte. **Häufige Arztbesuche führen dazu, dass sich Krankheitsängste verstärken.**

Wenn Krankheitsängste im Vordergrund stehen, sollte man sich daher nicht ausschließlich von der ärztlichen Rückversicherung abhängig machen, sondern auch **nach eigenen Bewältigungsmöglichkeiten suchen**. Oftmals ist es für Personen mit Krankheitsängsten sinnvoll, **ein festes Zeitschema für Arztbesuche** zu vereinbaren.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über Ihre Suche nach einem selbstständigerem Umgang mit den Beschwerden und Ihre Fortschritte. Einigen Sie sich mit ihm auf ein festes Zeitintervall, in dem Sie ihn konsultieren.

Gehören Sie zu den Menschen, die so viel Angst vor Arztbesuchen haben, dass Sie diese **vermeiden** oder viel zu lange herauszögern, sollten Sie die Ärzte ebenfalls in einem festen Zeitschema aufsuchen, da der Arztbesuch sonst immer schwieriger und angstbesetzter wird.

Arbeitsblatt 22

Veränderung der Rückversicherung

Bei wem rückversichere ich mich und auf welche Weise ?	Wie oft passiert das? (z.B. fünfmal in der Woche oder dreimal täglich)	Wie oft wäre diese Rückversicherung sinnvoll ?	Folgendes soll mir helfen , mich nicht rückzuversichern:

Arbeitsblatt 23

Mögliche Angstsituationen

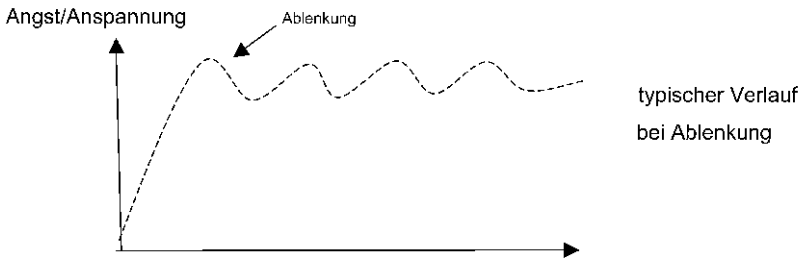
Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 0-10 ein, wie viel Angst die jeweilige Aktivität Ihnen machen würde. Weiter unten haben Sie Gelegenheit noch andere angstbesetzte Aktivitäten oder Situationen zu ergänzen.

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

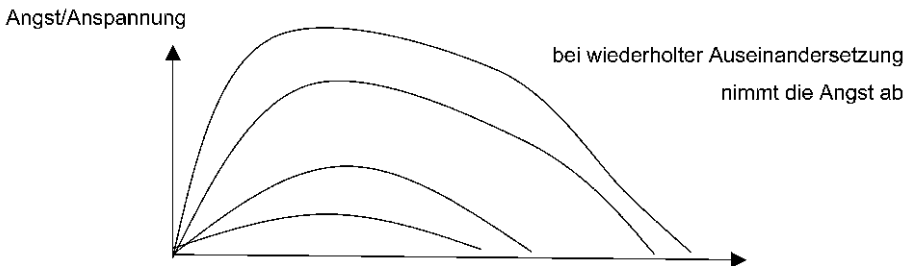
Arbeitsblatt 24

Warum es wichtig ist, sich mit seinen Ängsten auseinanderzusetzen

Strategien wie Ablenkung sind kurzfristig manchmal wirkungsvoll, führen jedoch dazu, dass wir uns nicht mit unseren Ängsten auseinandersetzen. Sie hindern uns daran, die Realität zu überprüfen und tragen langfristig dazu bei, dass die Angst aufrechterhalten wird:



Wenn wir uns mit unseren Befürchtungen auseinandersetzen und uns nicht ablenken, kommt es oft zu einer Abnahme der Ängste, und die Angst kann auf ein Maß absinken, das es uns ermöglicht, ungehindert unseren alltäglichen Aufgaben nachzukommen. Am Anfang ist es natürlich unangenehm, sich mit seinen Befürchtungen auseinanderzusetzen. Bei einer häufigen Auseinandersetzung nimmt die Angst/Anspannung jedoch ab:



Eine Auseinandersetzung ist gelungen, wenn nach einer Konfrontation mit der Angst auslösenden Situation oder Aktivität die Anspannung oder Angst deutlich nachgelassen hat. Ziel dieser Auseinandersetzung ist es nicht, Krankheiten irgendwann positiv zu erleben, sondern den Ängsten ein gutes Stück ihrer Macht und Bedrohlichkeit zu nehmen.

Arbeitsblatt 25

Erklärungsmodell für Krankheitsängste

Risikofaktoren begünstigen krankheitsbezogene Überzeugungen und Aufmerksamkeitsausrichtung auf den Körper
 Erfahrungen mit Krankheit und Tod in Familie und bei Freunden, eigene Krankheitserfahrungen, schlechte Erfahrung mit Ärzten und Untersuchungen, ängstliche Persönlichkeitsdisposition, angstbegünstigende Erziehung, Medienberichte.

Auslöser außer Stress:
 Substanzen wie Koffein, Alkohol
 Verdauungsprozesse
 körperliche An-/Verspannung

**Stress-
reaktion**

**Körperliche
Vorgänge**

Aufmerksamkeit

Krankheitsangst

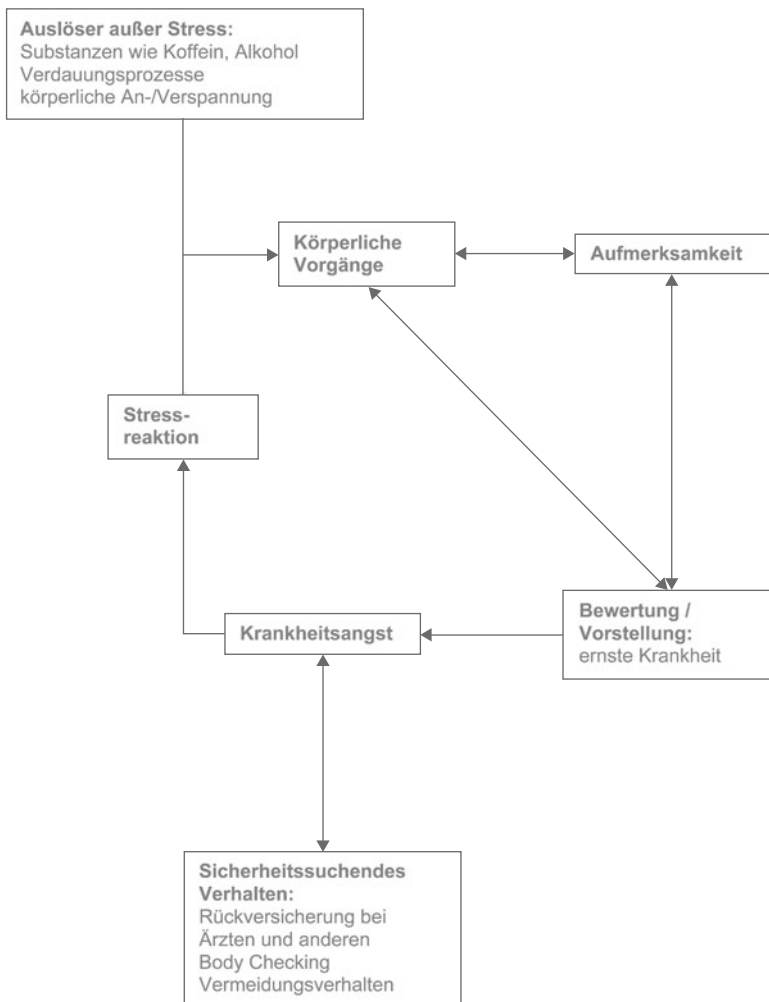
**Bewertung /
Vorstellung:
erste Krankheit**

**Sicherheitsuchendes
Verhalten:**
 Rückversicherung bei
 Ärzten und anderen
 Body Checking
 Vermeidungsverhalten

Arbeitsblatt 26

Meine Bewältigungsstrategien für Krankheitsängste

Tragen Sie neben den Erklärungsmöglichkeiten die Bewältigungsstrategien ein, die Sie in Zukunft einsetzen möchten!





Sachverzeichnis

A

Ablenkung 90–95
 abridged hypochondriasis 22
 Abschluss der Behandlung 162–165
 Adrenalin 100
 Advocatus Diaboli 132f.
 Alexithymie 37
 Altersabhängigkeit 34
 Alternativ-Sätze 119–122
 Analogskalen, visuell 26
 Angstanfälle 8, 28
 Angsthierarchie 135
 Angstverlaufkurven 138f.
 Anpassungsreaktion, natürliche 97
 Antidepressiva 160–162
 Argumente
 – für Krankheit 115f., 173, 222
 – gegen Krankheit 116–122, 173f., 224
 – hinterfragen 116–118
 artifizielle Störung 29
 Arzt, Kooperation 73f.
 – zur Rückversicherung 128–133
 Arzt-Patient-Beziehung 12, 34
 Arztbesuche 11, 123, 176f., 196f., 232–234
 – Beispiel 131
 – Doctor Hopping 13
 – Exposition 135
 – Konsequenzen 129
 – Kriterien 128–130
 – Vermeidung 45, 133, 135
 – wechselnde Symptome 186
 Arztbrief 74
 Atemnot 101, 143
 Ätiologie 35–48, 79
 Aufmerksamkeit 10, 69, 82–95, 213
 – Alltagsbeispiele 87f.
 – Erklärungsmodell 89
 – Funktionsweise 86
 – Umlenkung 90–95, 214
 – – im Alltag 95
 Aufmerksamkeitsfokussierung 10, 44, 46, 55
 – chronisch 96
 Aufmerksamkeitstraining 41
 Aufmerksamkeitsumlenkung 82–95, 170f.
 – vs. Exposition 141f.
 aufrechterhaltende Bedingungen 39–45

Auslösende Faktoren 8, 38f.
 – von Symptomen 108–112
 Autogenes Training 103
 autonomes Nervensystem 99–103

B

by proxy-Hypochondrie 8
 Bausteinprinzip 53, 68
 Besserungsquoten 198f.
 Bestrafung 128
 Bewertungen 112–123, 173f., 221
 bildhafte Vorstellungen 148f.
 Biofeedback 55
 Body Checking 15f., 41, 44f., 46f., 124–128, 175f., 227–229
 – Einführung 125
 – Konsequenzen 126–128
 – Reduktion 127f.
 – Verhaltensexperiment 126
 Booster-Sitzung 163f., 181
 Brustdruck 101

C

chronischer Stress 98, 155f.
 CIDI (Composite International Diagnostic Interview) 24
 Clomipramin 161
 Cochrane Review 61
 cognitive-perceptual model 51
 Compliance 80
 coping thoughts 56

D

Denkfehler 116
 Diagnostik 20
 – Diagnostische Kriterien 20–23.
 – dimensionaler Ansatz 17
 – Fragebogenverfahren 24–26
 – geringe Einsicht 20, 23
 – Interviewverfahren 23f.
 – kategorialer Ansatz 17
 – Kritik 20f.
 Differentialdiagnostik 9, 27

DIPS (Diagnostisches Interview für psychische Störungen) 23f.
 Disputation 116, 223
 – Beispiel 117f.
 Doctor Hopping 13
 DSM-IV 20f.

E

Effektstärke 59, 196f.
 Emotion 99
 – negative 52
 Entspannung 55, 69, 102–108, 226
 Entspannungsreaktion 103f.
 Entspannungsübung 102–108, 122, 142
 Epidemiologie 30–35
 – Geschlechterverteilung 34
 – internationaler Vergleich 31f
 – Inzidenz 33f
 – Onset 32
 – Prävalenz 30–32
 – Verlauf 32
 Erblichkeit 36
 Erfolgsmerkmale 61
 Erfolgsquoten 60, 194–199.
 Erklärungsmodell 79, 162, 237
 – 1. Fassung 89
 – 2. Fassung 102
 – 3. Fassung 109
 – Gesamtmodell 45–48, 154, 162, 237
 – vereinfachtes 188f.
 Erkrankungsdauer 194
 Erkrankungsrisiko, subjektives 112, 115, 119, 174
 Erscheinungsbild 6–16
 Ersterkrankungsalter 32f.
 Erstgespräch 70–73
 – Checkliste 72
 Erwartungsangst 145f.
 Erziehungseinflüsse 36
 Euthyme Therapie 92
 Explanatory Therapy 50, 58
 Explorationsleitfaden zu Therapiebeginn 54
 Exposition 56f., 60, 136–154, 177f., 235f.
 – an Körpersymptomen 143–146
 – Generalisierung 152
 – Gründe für Exposition 140f.

- in vivo 152–154
 - mit Krankheitstexten 153
 - Vermittlung des Vorgehens 136–140
 - vs. Aufmerksamkeitsumlenkung 141f.
- Extrasystolen 101

F

- Fakir 92
 Falret 16
 Fernsehbeiträge 153
 Fight or Flight 98
 FKG (Fragebogen zu Körper und Gesundheit) 25f.
 Flimmern 101
 Fluoxetin 161f.
 Fluvoxamin 161
 Fremdkörpergefühl 101

G

- Gedankenstopp 122, 128, 226
 geleitetes Entdecken 81
 Generalisierte Angststörung 28, 30
 genetischer Faktor 36
 Genussübungen 92
 geringe Einsicht 20, 23
 Geschlechtsverteilung 34
 Gesundheitsangst 17
 Gesundheitsargumente 118f.
 Gesundheitsbegriff, realistisch 55
 Gesundheitsbewusstsein 14f.
 Gesundheitssorgen 17
 Gewalterfahrungen 36f.
 Gewohnheiten ändern 120–122
 Grübelstunde 157
 Grundannahmen 151, 156–158
 Gruppentherapie 61, 168–181
 – Grenzen 168f.
 Gull 17

H

- Habituation 140f.
 health anxiety 17
 health anxiety disorder 20

- health worries 17
 Herzerkrankung 111
 Herzklopfen 101, 143
 Herzrhythmusstörungen 101
 Hinterfragen der Annahmen 223
 Hinweisreize 121f., 225
 Hippokrates 16
 Hirntumor 117f.
 Historie 16
 Hitzegefühl 101
 Hormone 100
 Hughes, Howard 28
 Hyperventilation 143–146
 Hypervigilanz 39, 45f.
 Hypochondrie
 – chronisch 20
 – Begriffserklärung 75, 210
 – Hauptmerkmal 20
 – passagere 19
 – primäre 19
 – sekundäre 19

I

- IAS (Illness Attitude Scales) 24, 195
 ICD-10 20f.
 IDCL (Internationale Diagnose Checklisten) 24
 illness phobia 17
 illness worries 17
 Indikation, differentielle 62
 Infektanfälligkeit 157
 Informationssuche zu Krankheiten 120
 Internationale Klassifikation der Krankheiten (s. ICD-10)
 Internet 13, 33, 43f.
 Interozeptionsfähigkeit 9
 Intervision 187
 Introspektionsfähigkeit 81
 Inzidenz 33f.

J

- Jacobson, Edmund 104

K

- Kampf- oder Fluchtreaktion 98
 Katastrophen-Vorstellungen 150f.
 Kehlkopfkrebs 111
 Kindheitserfahrungen 36
 Kloßgefühl 101
 Knochenkrebs 111
 Kognitive Umstrukturierung 53, 55f., 69, 112–123, 173f., 188
 Komorbidität 34f., 160, 194f.
 Kompetenzvermittlung 66
 Konfrontation 56f., 124, 136–154, 177f., 235f.
 – in sensu 146–152
 – mit der schlimmsten Vorstellung 146–152, 177f.
 Konsequenzen, kurz- und langfristige 124
 Kontexteffekte 51f.
 Kontinuumshypothese der Krankheitsangst 18f., 210
 Kontrollverhalten 55f.
 Kopfschmerzen 101, 109
 Körperdysmorphie Störung 20, 22
 Körperreise 83–86
 Kortisol 100
 Krankenkassenempfehlungen 130
 Krankheit
 – tatsächlich vorhanden 190f
 – unerkannte 29f.
 Krankheitsakzeptanz 190
 Krankheitsangst
 – Begriff 17, 19, 210
 – Spektrum 18f.
 Krankheitsgewinn, sekundärer 134, 159f.
 Krankheitsmodell, subjektives 52, 79
 Krankheitsphobie 17, 27f., 30
 Krankheitsthemen 6
 Krankheitsüberzeugungen 115–120
 Kreisdiagramm 114, 174
 Kribbeln 101, 143
 kritische Lebensereignisse 38f.
 Kurzbehandlung 187f.

L

Leidensdruck 65f.
Literaturhinweise 190f.

M

Magenkrebs 111
Magenschmerzen 114
magisches Denken 116
Medien 153
– Einflüsse 33
– Konfrontation 153
– Vermeidung 136–154
Mediziner s. Arzt.
medizinische Kenntnisse 73
– Untersuchungen 42
Medizinstudenten 19
MIHT (Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits) 25
Modekrankheiten 16
Molière 11
Motivation 64–68
Mundtrockenheit 101
Muskelzuckungen 143

N

Nefazodon 161

O

Oberbauchschmerzen 109
Ohrensausen 101
Onset 32
optimistischer Fehlschluss 38, 40
Organe, innere 125, 228
organische Krankheiten 190f.

P

Paargespräche 158f.
Paarinterview 169f.

Panikattacken 8, 28
Panikstörung 28, 30
Parasympathikus 100, 103, 218
Paroxetin 161f.
Patientenratgeber 191f.
Patientenurteile 196–198
Pendelbeispiel 104
Persönlichkeitsmerkmale 36
Phantasiereisen 77f.
Pharmakotherapie 160–162, 194
PME (s. Progressive Muskelentspannung)
positive Aktivitäten 69, 159
– Erfahrungen 179f.
Prädisposition 36f.
Prävalenz 30–32
Progredienzangst 29f., 190f.
Progressive Muskelentspannung 56, 103–108, 175, 219f.
– Grundprinzip 104
– Instruktion 106f.
– Nachbesprechung 108
– Störungen 108
– Trockenübungen 105
– Vorübungen 105
Protokoll 79f., 212
Provokationsübungen 143, 187f.
Psychopharmaka 160–162

R

randomisiert-kontrollierte Studien 58
Reaktionsverhinderung 152f.
Recherche zu Krankheiten 120
Reizexposition 53, 136–154
Responder 60–62, 198f.
Ressourcen 179f.
Risikoeinschätzung 146
Risikofaktoren 36–39, 45f., 79
Risikoüberschätzung 116
Rollentausch 133
rosa Elefant 136
Rückfallprophylaxe 163–165
Rückschau auf die Therapie 181
Rückversicherung 11, 13, 22, 41–44, 46f., 55, 56, 128–134, 176f., 184
– Ärzte 41–43
– beim Therapeuten 185
– Komplikationen 184–187
– Konsequenzen 133f.
– Partner 158f.

– Reduktion 134
– Therapeutenverhalten 184f.
– verordnen 50

S

SAIB (Scale for the Assessment of Illness Behaviour) 26, 196
Schaltermodell 79
Scheinwerfermodell 86, 88, 92, 213
Schmerzen 101, 143
Schmerzverarbeitung 54
Schonverhalten 55
Schwindel 101, 117f., 143
Schwitzen 101
Selbstbeobachtung 53, 54, 225
Selbsterfahrung 187
Selbstuntersuchungen 41, 44f., 46f., 124, 17f., 227–229
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer 161
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer 161
Sicherheit, absolute 122f., 176
sicherheitssuchendes Verhalten 41–45, 124–154, 175, 188, 230f.
Simulation 29f.
Sinnesspaziergang 215
SKID-I (Strukturiertes Klinisches Interview) 24
SNRI (s. Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)
Sokratische Gesprächsführung 116–120
somatoforme Störungen 27, 30
somatosensorische Verstärkung 39f.
somatosensory amplification 39f.
Sorgen 146
Sport 15
Sprachschwierigkeiten 189
SSRI (s. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
Stabilität, zeitlich 32
Sterben 147–152
Stress 46, 54, 69, 96–102, 172f., 216
– Bewältigung 99, 155f.
chronisch 98, 155f.
– entwicklungsbiologische Bedeutung 97f.
– Hormone 100

- Management 59f.
- Steinzeitmensch 97f.
- Stressoren 98f., 217
- stress model 51
- Stressreaktion 99–102
- Supervision 187
- Sympathikus 100, 103, 218
- Symptomkontingenzt 55, 130f.
- Symptomprovokation 86
- Symptomverstärker 51f, 69
- Symptomverstärkung 39f., 51f.

T

- Tagebuch 69, 79f.
- Therapeutenurteil 196–198
- Therapieabbruch 162
- Therapieabschluss 162–165
- Therapiemotivation 64–68
- Therapiestudien 58–62
- Tod 147–152
- Toleranzreduktion 43, 44
- Tonaufnahmen 151
- Trizyklische Antidepressiva 162
- trockener Hals 101

U

- Übelkeit 101
- Überzeugungen, dysfunktional 112, 156–158
- Übung
 - angstauslösenden Gedanken sammeln 172
 - Aufmerksamkeitslenkung 90
 - Aufmerksamkeitsumlenkung 171
 - Brief an sich 180

- Drei-Jahres-Frage zur Zieldefinition 78
- Engelen und Teufelchen 176f.
- Gute-Fee zur Zieldefinition 78
- Hyperventilation 144–146
- Imagination 95
- Kennenlernen 169f.
- Kopfschmerzkuchen 174
- Körperreise 83–86
- Kreisdiagramm 114
- Missempfindungen produzieren 143–146
- Paarinterview 169f.
- progressive Muskelentspannung 103–108
 - Rückschau 181
- Selbstuntersuchung verschreiben 126
- Sinneserfahrung 92–95
- Sinnesspaziergang 93–95
- Strand-Imagination 171
- Zitronenübung 110f
- Zukunftsprojektion 67
- Umstrukturierungstechniken 121f.
- Umweltbelastungen 33
- unbewusste Konflikte 79
- Universalität des Leidens 168f.
- Unsicherheit, Therapeut 186f.
- Untersuchung, medizinische 123

V

- vegetatives Nervensystem 99–103, 218
- Verhaltensanalyse 75f.
- Verhaltensexperiment 53, 81, 90f., 92–95
- Verhaltenstherapie, Erklärung 71
- Verlauf 32
- Vermeidungsverhalten 14f, 41, 45–47, 55, 133–135, 140, 178

- Verstärkungsbedingungen 159f.
- Vertrauenswürdigkeit 66
- visuelle Analogskalen 195
- Vorsorgeuntersuchungen 124f., 127, 130
- Vorstellungenkörperbezogene 10, 110–112
- Vorstellungsübungen 95
- Vulnerabilität 36f.

W

- Wahn, hypochondrischer 27, 30
- Wahrnehmungslenkung 55
- Wartekontrollgruppe 198
- Weigerung, ärztliche Feststellung zu akzeptieren 23
- Wertklärung 77
- WI (Whiteley Index) 25
- Wirksamkeit 58–62, 194–199
- Worst-Case-Konfrontation 146–152, 177f.
- Beispieldialog 149f.
- Kontraindikationen 152

Z

- Zeitkontingenzt 55, 130f.
- Zieldefinition 76–78, 211
 - Formulierungsvorschlag 77
- Zielfindung 67f.
- Zielklärung 77
- Zittern 101, 143
- Zukunftsprojektion 67f.
- Zwangshandlungen 16
- Zwangsstörung 28, 30