

# Liebenauer Gesundheits-Info

---

## Psychiatrisch-neurologische Informationen der Stiftung Liebenau

### **HYPOCHONDRIE**

**Definition - Leidensbild - psychologische Hintergründe - erbliche Belastung und Auslöser - Vorgeschichte und psychosoziale Folgen - Differentialdiagnose - Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung**

Die Hypochondrie, auch als *hypochondrische Störung*, *hypochondrisches Syndrom* (Syndrom = Kombination charakteristischer Krankheitszeichen), *hypochondrische Neurose*, *Nosophobie (Krankheitsfurcht)* u. a. bezeichnet, ist in etwa wie folgt definiert (wobei sich eine einheitliche und allseits akzeptierte Definition bis heute nicht durchsetzen konnte):

Sachlich nicht begründbare, ängstliche, manchmal auch depressiv getönte Befürchtung oder Vermutung krank zu sein oder krank zu werden. Und damit abnorme Einstellung zum eigenen Leib und seinen Gefährdungs-Möglichkeiten.

Charakteristisch ist eine ausgeprägte furchtsame bis zwanghafte Selbstbeobachtung des eigenen Körpers bzw. seiner Organfunktionen: Magen, Darm, Herz, Lunge, Leber, Harn-Apparat, Geschlechtsorgane, Gehirn, Wirbelsäule, Gelenke u. a.

Die ängstlichen Phantasien kreisen z. B. um eine gestörte Arbeitsweise oder gar Zerstörung dieser Organe bis zur Furcht vor Auflösung, Zersetzung, Vergiftung usw. Der Betroffene sucht beharrlich und sorgenvoll in einer mitunter geradezu „katastrophisierenden Art und Weise“ nach Krankheitszeichen, die seinen Verdacht beweisen sollen.

Natürlich kann auch gleichzeitig eine nachweisbare körperliche Störung bestehen, was aber sehr selten zusammen fällt. Diese wird dann ebenfalls unrealistisch überhöht bzw. zum hypochondrischen Angst-Thema. Sachliche Gegenargumente oder wiederholte Untersuchungen ohne krankhaften Befund führen zu keiner Besserung.

### **Was kann eine hypochondrische Einstellung bahnen?**

Das nach außen sichtbare *Leidensbild* ist und bleibt aber auf jeden Fall eine übermächtige und in ihrer Beharrlichkeit und Überzogenheit sachlich nicht be-

gründbare Sorge um Gesundheit und Leben bzw. eine peinigend-ängstliche Selbstbeobachtung und Krankheitsfurcht mit oft phantastischen Körpervorstellungen. Der Betroffene hat das Vertrauen in die Selbstverständlichkeit der körperlichen und geistig-seelischen Funktionsabläufe seines Organismus verloren. Dabei finden sich mannigfache Missempfindungen oder gar Schmerzen, überschattet von Furcht, Sorge und Niedergeschlagenheit.

Über den Körper und seine physiologischen Funktionsabläufe bestehen selbst in unserer Zeit mit ihren vielfältigen Informationsmöglichkeiten noch immer unrealistische Phantasien, die sich nicht nach Anatomie (Bau und Zustand des Organismus) und Physiologie (Funktionsabläufe), sondern nach eigenen krankhaften Vorstellungen richten.

Dabei spielt das *Internet* (Stichwort: Gesundheits-Check im Internet, was aber bis zur „Cyberchondrie“ ausufern kann) eine besondere Rolle. Zum einen sicher positiv, zum anderen durch die Unmenge an möglichen Informationen (leider nicht immer seriös, vor allem aber nicht die jeweilige Krankheits-Wertigkeit berücksichtigend) in ggf. hypochondrisch-bahnender Weise.

Aus *psychoanalytischer Sicht* „verhält sich der Betroffene so, als ob er den „Feind“, also das, was er nicht sein will, im eigenen Körper entdeckt habe“. So finden sich hypochondrische Befürchtungen bevorzugt bei narzisstischer (selbstverliebter) und aggressiver Einstellung. Das „Böse“ wird aber nicht nach außen, sondern in den eigenen Körper projiziert. Das hat aber nicht nur negative Folgen, sondern kann auch Krankheitsgewinn bedeuten (z. B. mehr Zuwendung fordern, aggressive Neigungen ungestraft ausleben, oder Unannehmlichkeiten aus dem Wege gehen usw.).

### **Das Beschwerdebild der Hypochondrie**

Die hypochondrischen Leidens-Inhalte können jede Art von Erkrankung betreffen, meist körperlicher, seltener auch seelischer Natur. Eher harmlos sind die Krankheits-Ängste bezüglich kleiner Wunden, gelegentlicher Heiserkeit oder Hustenanfälle usw. Problematischer bei vagen oder mehrdeutigen körperlichen Empfindungen wie „müdes Herz“, „schmerzende Venen“ usf. Schließlich konkret bei scheinbar gestörten Körperfunktionen wie Schweißausbrüche, Herzschlagfolge, Magen und Darm.

Nicht selten die Furcht vor einem Tumor, vor Leukämie, Multipler Sklerose, Herzinfarkt usw. Am häufigsten werden derzeit Krebs- und Herz- sowie neurologische Erkrankungen angeführt.

Ein wichtiges Charakteristikum findet sich dann, wenn es sich immer wieder um die gleichen Beschwerden dreht und der Patient deshalb regelmäßig den Arzt aufsucht, der ihn beruhigen soll. Hellhörig wird man in der Regel dann, wenn die

Beruhigung über Monate oder gar Jahre immer wieder eingefordert wird - trotz unauffälliger Befunde und eigentlich entlastender Betreuung.

Meist handelt es sich bei den Beschwerden um immer denselben Krankheits-Komplex. Manche Patienten springen aber auch zwischen verschiedenen Beschwerdebildern hin und her. Das ist vor allem dann der Fall, wenn besonders aufwendige Untersuchungen die Krankheits-Befürchtung neutralisieren - und die Hypochondrie ein neues Ziel-Organ oder -Beschwerdebild braucht und natürlich findet. Das eigentliche Problem ist also nicht das Krankheitsbild, sondern die dahinter stehende Angst(störung).

Hypochondrische Störungen sehen Allgemeinärzte und Internisten häufiger, Psychiater und Nervenärzte sowie Psychotherapeuten viel seltener, da die Patienten den Gang oder die Überweisung zum eigentlich dafür zuständigen Facharzt scheuen und deshalb oft verweigern.

### **Erbliche Belastung und Auslöser**

Für eine *erbliche Belastung* finden sich meist keine konkreten Anhaltspunkte. Entsprechende *Auslöser* in der Vorgeschichte sind zwar nicht auszuschließen, meist aber schwer objektivierbar (frühere Erfahrungen mit realen körperlichen Krankheiten bei sich selber, einem Familienmitglied oder im Bekanntenkreis, z. B. Krebserkrankung oder Krebsod?).

### **Vorgeschichte und Folgen**

Die *Vorgeschichte* wird typischerweise umständlich, bedeutsam und sehr ausführlich geschildert. Häufige Arztkonsultationen und vor allem Arztwechsel (doctor-hopping) und eine meist rasche Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung mit Enttäuschung und Verärgerung auf beiden Seiten sind nicht selten. Es gibt aber auch still und zurückgezogen leidende Patienten mit Hypochondrie.

Die *seelischen und psychosozialen Folgen* sind sehr unterschiedlich. Sie führen im Rahmen der oftmals depressiven Stimmungsschwankungen und Ängste bei drohender Chronifizierung des Leidens nach und nach zu erheblichen Einbußen: zwischenmenschlich, d. h. partnerschaftlich, familiär, Freundeskreis, Nachbarschaft, schließlich berufliches Umfeld.

Kann der Betroffene die krankhafte Beschäftigung mit seinen körperlichen Beschwerden nicht mehr begrenzen, drohen unwirsche Reaktionen der schließlich „genervten“ Umgebung, zuletzt Positionseinbußen („lächerliches Gehabe“) und damit Rückzugsneigung, Isolationsgefahr und ggf. sogar sozialer Abstieg. Das Ende ist charakterisiert durch ein schier hoffnungsloses Versinken in der eigenen Krankheitswelt.

## Alter und Verlauf

Eine hypochondrische Störung kann in jedem *Alter* beginnen, tritt aber meist erstmals in Pubertät oder frühem Erwachsenenalter auf.

Der *Verlauf* ist nicht selten chronisch, wenngleich die einzelnen Symptome wechseln können, und zwar sowohl nach Intensität als auch Vorkommen. Bisweilen verschwinden sie sogar völlig, um aber in der Regel durch andere Krankheitszeichen abgelöst zu werden.

## Hypochondrie – was könnte es sonst noch sein?

Drei diagnostische Aspekte gilt es bei den hypochondrischen Störungen noch zu beachten: 1. Wo treten sie auf? 2. Was sollte man ausschließen? 3. Welche vielleicht tatsächlich vorliegenden organischen Ursachen dürfen nicht übersehen werden? Deshalb gilt es zuerst bei den seelischen Störungen zu unterscheiden zwischen mehr oder weniger

- **“reinen“ hypochondrischen Störungen:** beharrliche Beschäftigung mit der ängstlichen Überzeugung, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden, was sich durch ein entsprechendes körperliches Beschwerdebild zu beweisen scheint.

Dabei werden normale Empfindungen und Erscheinungen oft als abnorm und belastend interpretiert. Die Aufmerksamkeit zentriert sich in der Regel nur auf ein oder zwei Organe oder Organsysteme.

Die befürchtete körperliche Erkrankung oder Entstellung ist zumeist namentlich bekannt. Der Grad der Überzeugung durch den Betroffenen variiert zwischen "völlig sicher" bis "vermutlich". Auch die Folgen sind unterschiedlich, zwischen "völlig absorbiert" und damit Familie und weiteres Umfeld erheblich belastend bis "praktisch normaler Alltag" (wenngleich natürlich durch ständige Besorgnis beeinträchtigt).

- **Somatisierungsstörungen** (früher auch als funktionelle oder Befindlichkeitsstörungen, als vegetative Labilität u. a. bezeichnet): Hier werden bei der vielfältigen Form dieses ebenfalls sehr diffusen Leidens zahlreiche, oft wechselnde Beschwerden vorgebracht. Im Gegensatz dazu liegt der Akzent bei der hypochondrischen Störung mehr auf einer Erkrankung und ihren künftigen Folgen als auf verschiedenen Krankheitszeichen ohne zusammenhängendes Krankheitsbild wie bei der Somatisierungsstörung.

- **Wahnhafte Störungen:** Bei depressiven und schizophrenen Wahnideen sind die Betroffenen unkorrigierbar von ihrem hypochondrischen Wahn überzeugt, während reine hypochondrische Störungen nicht so einseitig fixiert sind und keine weiteren psychotischen Merkmale einer „Geisteskrankheit“ aufweisen.

- Bei **Angst-, insbesondere Panikstörungen** werden zwar körperliche Symptome der Angst manchmal als ernsthafte körperliche Erkrankung interpretiert, doch lassen sich die Betroffenen rascher beruhigen. Vor allem werden sie nicht so unbeeinflussbar von ihren Befürchtungen absorbiert wie bei einer rein hypochondrischen Entwicklung ausgeprägteren Grades.

Das Gleiche gilt für posttraumatische Belastungs- und Zwangsstörungen sowie Phobien (zwanghafte Befürchtungen).

Wichtig ist aber auch der umgekehrte Weg:

- **Was kann wie eine Hypochondrie aussehen**, obgleich es sich in Wirklichkeit um eine organische Erkrankung handelt?

Hier muss man vor allem an bestimmte neurologische Leiden denken (z. B. Multiple Sklerose oder Myasthenia gravis), an endokrine Erkrankungen (z. B. Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsen-Störungen) und an Krankheiten, die mehrere Organsysteme betreffen (z. B. der Lupus erythematodes) oder bisher nicht erkannte Krebserkrankungen. Doch alle diese Leiden sind relativ sicher diagnostizierbar und damit schnell von einer Hypochondrie zu unterscheiden.

### **Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung**

- Die *Therapie* eines hypochondrischen Syndroms ist nicht einfach. Und so gibt es auch keine allseits anerkannten therapeutischen Konzepte. Manchmal stellt man sogar in Abrede, bei Patienten, die auf ihre hypochondrische Störung fixiert sind, überhaupt eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung beginnen zu können. Denn selbst leichtere Übungsbehandlungen können die hypochondrische Selbstbeobachtung ja noch steigern.

Ist das hypochondrische Beschwerdebild aber ein Teil einer anderen Erkrankung, gilt es diese zu behandeln. Dafür stehen neben Psychotherapie, soziotherapeutischen Korrekturen und Hilfen auch pharmakotherapeutische Möglichkeiten zur Verfügung, vor allem wenn es sich um einen hypochondrischen Wahn handelt (Neuroleptika bei schizophrenen Erkrankten, Antidepressiva beim depressiven Wahn).

- Die *Heilungsaussichten* sind deshalb gesamthaft gesehen eher ungünstig. Am besten noch bei akutem Beginn, unauffälliger Persönlichkeitsstruktur und dem Fehlen eines so genannten sekundären Krankheitsgewinnes durch eine z. B. überbesorgte Umgebung (Zuwendung, Schonung usw.).

Das hängt allerdings auch von der Intensität der hypochondrischen Einstellung ab. Leichtere hypochondrische Anzeichen sind zwar lästig, im Allgemeinen je-

doch kein Grund zu tieferer Besorgnis. Problematisch wird es vor allem dann, wenn sich psychosoziale Konsequenzen abzeichnen (siehe oben).

Für alle aber ist die Hypochondrie eine schwere Bürde, auch wenn man sie gerne belächelt („Hypochonder“). Deshalb sollte man sie als Leidenbild ernst nehmen. Allerdings muss das Umfeld schon auf seine eigenen Kräfte-Reserven achten dürfen - und sich nicht „anstecken“ lassen.

## Literatur

- Ausführliche Darstellung mit Literatur-Hinweisen in:  
[www.psychosoziale-gesundheit.net](http://www.psychosoziale-gesundheit.net)
- Gesamt-Übersicht in:  
*Volker Faust: Von Amok bis Zwang.* ecomed, Landsberg 2011