



## »Hat der Arzt mich wirklich gründlich genug untersucht...?«

Hypochondrie oder die wachsende Angst, ernsthaft erkrankt zu sein –  
Zu einem häufig missverstandenen Problem

**von Florian Weck** Hypochonder gelten gemeinhin als Simulanten. Doch mit diesem Vorurteil versuchen Psychologen seit Jahren aufzuräumen: Denn die Betroffenen leiden erheblich darunter, dass sie sich intensiv mit selbst beobachteten körperlichen Symptomen beschäftigen und oft über Jahre Ängste oder die Überzeugung entwickeln, ernsthaft erkrankt zu sein. Verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsansätze, die sich speziell mit diesen Formen der Angst beschäftigen, zeigen erste gute Erfolge.

Der Begriff Hypochondrie hatte im Laufe der Geschichte recht unterschiedliche Bedeutungen. Er stammt von dem Wort Hypochondrium ab und wurde erstmals in der Antike erwähnt. Hypochondrium bedeutet »unter den Rippenknorpeln«. Im antiken Griechenland wurde angenommen, dass bestimmte psychische Störungen auf bestimmte innere Organe zurückzuführen sind. Mit der Bezeichnung »Hypochondrie« waren eine Störung der Verdauungsorgane, aber auch Zustände der Schwermut verbunden, deren Ursprung unter den Rippenknorpeln vermutet wurde (vgl. Berrios, 2001). Heute gibt es kaum eine psychische Störung, die mit so vielen Vorurteilen und Missverständnissen verbunden ist wie die Hypochondrie. Im Alltagsverständnis werden Hypochonder häufig als Simulanten angesehen oder als Personen, die keine wirklichen kör-

perlichen Beschwerden haben, sondern sich diese nur einbilden.

Betrachtet man dagegen die in der wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Praxis gültigen diagnostischen Kriterien, entsteht ein vollkommen anderes Bild: Kernmerkmal der Hypochondrie ist demnach die übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, was auf einer Fehlinterpretation körperlicher Symptome beruht. Diese Beschäftigung mit Krankheitsängsten bleibt auch bestehen, wenn ein Arzt die Betroffenen bisweilen auch mehrfach medizinisch umfassend aufgeklärt und untersucht hat. Die Diagnose Hypochondrie wird erst gestellt, wenn die Ängste oder Überzeugungen mindestens über sechs Monate bestehen (American Psychiatric Association, 2000). Weniger als 1 Prozent der Bevölkerung leiden an dieser Störung; entgegen gängigen Klischees sind Männer und Frauen gleichermaßen betroffen. Wer unter schweren Krankheitsängsten leidet, ist häufig sehr gewissenhaft und oft auch in anderen Lebensbereichen eher ängstlich.

Simulation oder Vortäuschung von Symptomen spielen bei einer wissenschaftlichen Betrachtung der

psychischen Störung Hypochondrie also keine Rolle. Vielmehr geht es um reale, oft sehr belastende Ängste oder Sorgen über eine mögliche körperliche Erkrankung. Eine weniger irreführende und das Phänomen besser beschreibende Bezeichnung für die Hypochondrie wäre deshalb »Krankheitsangst-Störung«. Darüber wird auch in wissenschaftlichen Fachkreisen diskutiert.

Neuere Erklärungsmodelle und Behandlungsansätze betonen deshalb auch die Nähe der Hypochondrie zu den Angststörungen. Während sich manche Menschen vor sozialen Situationen oder Menschenmengen fürchten und andere unter Flug- oder Prüfungsangst leiden, haben Personen mit Hypochondrie Angst vor körperlichen Krankheiten. Auch sie vermeiden Situationen, die zu Ängsten führen könnten. So schauen sie sich beispielsweise keine Reportagen über Krebserkrankungen im Fernsehen an; manche vermeiden auch Besuche in Krankenhäusern oder auf Friedhöfen. Bei einigen geht das Vermeidungsverhalten so weit, dass sie nicht einmal den Namen der befürchteten Krankheit aussprechen möchten. Ähnlich wie bei den Angststörungen führt die Vermeidung in eine Art »Teufelskreis«: Den ängstigenden Situationen aus dem Weg zu gehen, führt zwar kurzfristig dazu, dass Ängste abnehmen, langfristig nehmen sie aber eher zu. Anders als zum Beispiel bei Flugangst kommt noch hinzu, dass sich das Thema Krankheit im Alltag fast gar nicht vermeiden lässt und bei vielen verschiedenen Gelegenheiten auftauchen kann. Die Vermeidungsstrategie funktioniert also nicht; das Thema ständig vermeiden zu wollen, bewirkt eher eine permanente Beschäfti-

gung mit Krankheitsthemen. Ein Behandlungsansatz, den wir in der Verhaltenstherapie-Ambulanz verfolgen, besteht darin, sich den bisher vermiedenen Situationen zu stellen. Dies führt letztendlich dazu, dass die Betroffenen sich emotional dem Thema besser gewachsen fühlen und nicht mehr ständig darauf achten müssen, allem, was mit Krankheiten zu tun hat, aus dem Weg zu gehen.

### Erste Erfolge mit zwei verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden

Die ersten Rückmeldungen der mehr als 40 Betroffenen, die wir in den vergangenen zwölf Monaten (Stand September 2011) behandelt haben, sind sehr positiv: Alle Patienten fanden die Therapie hilfreich, 75 Prozent sogar stark oder sehr stark hilfreich. 92 Prozent glauben, dass sie infolge der Therapie zukünftig besser mit Krankheitsängsten fertig werden können. An der Verhaltenstherapie-Ambulanz werden die zwei bewährten Behandlungen nach der Konfrontationstherapie und der kognitiven Therapie praktiziert und miteinander verglichen. Die Konfrontationstherapie konzentriert sich auf die Auseinandersetzung mit den Krankheitsängsten. Ziel dieses Ansatzes ist es, dass sich die Patienten schrittweise ihren Ängsten stellen, was zu einer Reduktion dieser Ängste führen soll. Der kognitive Therapieansatz konzentriert sich auf die krankheitsbezogenen Bewertungen der Betroffenen. Die automatischen Bewertungen, von denen angenommen wird, dass sie für die ausgeprägten Ängste der Patienten verantwortlich sind, werden genau beobachtet und während der Behandlung diskutiert und infrage

## Hypochondrie und Angststörungen

**A**uch wenn die Hypochondrie viele Gemeinsamkeiten mit Angststörungen aufweist, wird sie in den aktuellen Klassifikationssystemen unter der Kategorie der »Somatoformen Störungen« eingeordnet. In den Klassifikationssystemen werden die verschiedenen psychischen Störungen beschrieben, und es wird festgehalten, welche Kriterien erfüllt sein müssen, um eine Störung diagnostizieren zu können.

Kernmerkmal der Somatoformen Störungen ist, dass körperliche Symptome vorhanden sind, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahelegen, jedoch nicht vollständig durch diesen erklärt werden können. Die Zuordnung der Hypochondrie zu den Somatoformen Störungen wurde vielfach kritisiert. Möglicherweise hat gerade diese Zuordnung dazu beigetragen, dass das Störungsbild der Hypochondrie mit so vielen Missverständnissen verbunden ist. Umso wichtiger ist es, empirische Belege dafür zu sammeln, dass die Hypochondrie eher den Angststörungen als den Somatoformen Störungen zuzuordnen ist.

In dem durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft und die Universität Frankfurt geförderten Forschungsprojekt (Projekttitle: »Dysfunktionale Bewertungen bei Hypochondrie und deren Veränderbarkeit«) gehen wir unter anderem genau dieser Fragestellung nach. Hierzu werden Patienten

mit Hypochondrie und Patienten mit Angststörungen hinsichtlich ihrer Ängste, Bewertungen und Überzeugungen miteinander verglichen. Wir erwarten, dass die Hypochondrie mehr Gemeinsamkeiten mit den Angststörungen aufweist als mit den Somatoformen Störungen. Das Forscherteam besteht aus dem Projektleiter, der auch die Mittel für das Projekt bei der DFG eingeworben hat (Dr. Diplom-Psychologe Florian Weck), der Studienkoordinatorin und Doktorandin (Diplom-Psychologin Julia Neng), als studentische Hilfskräfte den beiden Psychologie-Studierenden Theano Tolgou und Sebastian Esch sowie weiteren Diplomanden und Praktikanten.

Um die bisherigen Ergebnisse bestätigen und generalisieren zu können, werden auch noch weitere Personen gesucht, die unter ausgeprägten Krankheitsängsten leiden und sich auch eine Behandlung wünschen.



Das Team des DFG-Forschungsprojekt »Dysfunktionale Bewertungen bei Hypochondrie und deren Veränderbarkeit«: (von links) Sebastian Esch, Theano Tolgou, Sarah Seitz, Julia Neng, Florian Weck, Samantha Richtberg und Thomas Müllner.

#### Kontakt:

Dipl.-Psych. Julia Neng, Studienkoordinatorin,  
E-Mail: [neng@psych.uni-frankfurt.de](mailto:neng@psych.uni-frankfurt.de),  
Tel.: 069-79823994





gestellt. Eine besondere Bedeutung kommt auch einem Aufmerksamkeitstraining zu, das es den Patienten ermöglichen soll, die Aufmerksamkeit von ihrem Körper wegzulenken und korrigierende Erfahrungen zu machen.

Da es sich um eine wissenschaftliche Behandlungsstudie handelt, muss nachgewiesen werden, dass es tatsächlich die Behandlungen sind, die zu einer Veränderung führen. Deshalb gibt es eine sogenannte Wartekontrollgruppe, in der die Hälfte der Patienten für drei Monate unbehandelt bleibt und erst danach eine Behandlung erhält. Gäbe es die Wartekontrollgruppe nicht, könnte man zum Beispiel kritisieren, dass Betroffene sich gerade dann zu einer Therapie melden, wenn es ihnen besonders schlecht geht, und dass es ihnen auch ohne Behandlung nach drei Monaten wieder gut gegangen wäre. Die Zuordnung zu den drei Gruppen (Kognitive Therapie, Konfrontationstherapie und Wartekontrollgruppe) erfolgt zufällig per Losverfahren. Bisherige Ergebnisse, die über 40 Behandlungen berücksichtigen, zeigen, dass beide Behandlungsgruppen der Wartegruppe überlegen sind. Von der Kognitiven Therapie und der Konfrontationstherapie profitieren Patienten in gleicher Weise. Eine spätere Befragung der Patienten nach sechs Monaten beziehungsweise einem Jahr soll dann darüber Auskunft geben, inwiefern die Therapien auch längerfristig wirksam sind. Zudem müssen noch weitere Behandlungen durchgeführt werden, um die vorläufigen Ergebnisse generalisieren zu können.

#### »Warum zucken meine Beine?« Kleine Symptome als Indikator für lebensbedrohliche Krankheiten

Am häufigsten befürchten Patienten mit Hypochondrie, sie könnten an Krebs leiden. Aber auch ernsthafte Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder neurologische Erkrankungen (wie Multiple Sklerose) können Gegenstand der Befürchtungen sein.

Das gemeinsame Merkmal all dieser Krankheiten ist, dass sie zum Tod oder zu erheblichen Beeinträchtigungen im Leben führen können. Ausgangspunkt ist meist das Auftreten irgendeiner körperlichen Empfindung, wie ein Zucken in den Beinen, das bei Betroffenen ähnliche Fragen aufwirft: »Wie kommt es zu dem Zucken? Stimmt irgendetwas nicht mit mir? Könnte dies nicht auch ein Vorbote für eine schwere Krankheit sein?« Mit der Unsicherheit wächst das Bedürfnis, sichergehen zu wollen, dass nichts Schlimmes vorliegt. Häufig wird erstmal »Zucken in den Beinen« gegoogelt. Neben Einträgen, die eher beruhigend sind, tauchen aber auch relativ schnell Einträge auf, die über Multiple Sklerose oder Amyotrophe Lateralsklerose berichten. Beides eher seltene Erkrankungen, aber was ist, wenn man wirklich daran erkrankt wäre? Die Betroffenen reagieren mit erhöhter Wachsamkeit: Sie beobachten ihren Körper ganz genau auf weitere Symptome, auf die sie im Internet gestoßen sind. Mit erhöhter Aufmerksamkeit nehmen sie verschiedene Körperempfindungen auf einmal sehr genau wahr: »Hat sich vielleicht etwas an der Sehstärke verändert? Hat sich der Muskeltonus verändert?« Solche Beobachtungen können den Betroffenen weitere Belege liefern.

Vielen ist es peinlich, direkt zu einem Arzt zu gehen und offen über ihre Befürchtungen zu sprechen. Oder sie haben Angst, dass der Arzt ihre schlimmsten Befürchtungen bestätigen könnte. Sie stellen sich vielleicht schon vor, was es für ihr Leben bedeuten könnte, wenn sie tatsächlich Multiple Sklerose hätten. Letztendlich gehen sie dann doch zum Arzt, der ihre Befürchtung erst einmal ausräumen kann und sie zunächst beruhigt. Allerdings kommen nach einiger Zeit erneut Zweifel auf: »Hat der Arzt eventuell et-





was übersehen? War die Untersuchung gründlich genug, um Multiple Sklerose auszuschließen? Ich habe im Internet doch auch etwas über untypische Verlaufsförmungen gelesen. Könnte es sein, dass ich an einer untypischen schweren Erkrankung leide, die nicht so leicht festgestellt werden kann?» Die Betroffenen suchen erneut Rat im Internet und verstricken sich immer weiter in Beschreibungen über Multiple Sklerose, lesen beispielsweise Berichte von MS-Patienten, und die eigenen Symptome verunsichern sie immer stärker. Bei Personen, die schon länger unter Krankheitsängsten leiden, schaffen Arztbesuche keine langfristige Beruhigung mehr. Sie verbringen viel Zeit bei Ärzten, im Internet oder damit, sich selbst auf mögliche Zeichen einer Erkrankung zu untersuchen. Im Alltag lenkt sie ihr Nachgrübeln über eine mögliche Erkrankung immer häufiger ab. Ihnen gelingt es nicht mehr, selbst aus dem Kreislauf der Angst auszubrechen, und sie benötigen professionelle Hilfe.

Oft haben die Betroffenen einen jahrelangen Leidensweg hinter sich, und es vergehen Jahre oder gar

Jahrzehnte, bis sie sich psychotherapeutisch behandeln lassen. Ein Grund ist vermutlich, dass die Betroffenen ihre Krankheitsängste als ein medizinisches Problem verstehen und deshalb in erster Linie bei einem Arzt Rat suchen. Die meisten Ärzte sind jedoch nicht dafür ausgebildet, mit ausgeprägten Ängsten umzugehen, oder haben in ihrem Praxisbetrieb nicht die Zeit, um sich einer Angstproblematik adäquat zu widmen.

**Eine Ursache: Schwere Erkrankungen im Familien- und Freundeskreis**

Ursachen für die Entstehung der Hypochondrie sind bisher nicht hinreichend geklärt. Fest steht jedoch, dass es nicht nur eine einzige Ursache gibt. Negative Vorerfahrungen mit eigenen Krankheiten oder Krankheiten im familiären Umfeld oder bei Freunden begünstigen offensichtlich ein Auftreten der Hypochondrie. Ängste vor einer Krankheit erhöhen die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper, oft geschieht dies schon ganz automatisch und ohne, dass diese Menschen darüber

**Literatur**

American Psychiatric Association (2000) <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision</i> (4 <sup>th</sup> ed.) Washington, DC: A.P.A.	Berrios, G. E. (2001) <i>Hypochondriasis: history of the concept</i> , in: V. Starcevic & D. R.	Lipsitt (Eds.) <i>Hypochondriasis</i> (pp. 3 –20), New York: Oxford University Press.	Rief, W., Hiller, W. & Margraf, J. (1998) <i>Cognitive aspects of hypochondriasis and the soma-</i>	<i>tization syndrome</i> Journal of Abnormal Psychology, 107, 587–595.
--	---	---	---	--



## 5 Fragen an den Nachwuchsforscher



**Dr. Florian Weck, 33,**  
 Institut für Psychologie,  
 Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 (Leitung Prof. Dr. Ulrich Stangier),  
[weck@psych.uni-frankfurt.de](mailto:weck@psych.uni-frankfurt.de)

### 1. Wann begannen Sie sich für Ihr Fachgebiet zu interessieren? Gab es prägende Ereignisse oder Vorbilder?

Zu Beginn meiner Doktorarbeit vor sieben Jahren habe ich mich mit dem Thema Hypochondrie und deren Behandlung beschäftigt. Ein Vorbild war für mich die Perspektive des englischen Forschers Paul Salkovskis, der die Hypochondrie eher als Angststörung betrachtet und behandelt.

### 2. Welche Stationen Ihrer wissenschaftlichen Laufbahn waren für Sie die wichtigsten?

Wichtig ist für mich meine aktuelle Stelle an der Universität Frankfurt, die es mir ermöglicht, ausreichend Zeit für das wissenschaftliche Arbeiten zu haben. Da in unserem Fach jedoch auch ein starker Bezug zur klinischen Tätigkeit besteht, waren für mich auch die Therapieausbildung an der Universität Mainz und die klinischen Tätigkeiten in verschiedenen Ambulanzen und Kliniken von Bedeutung.

### 3. In welchen Augenblicken fühlen Sie sich als Wissenschaftler am glücklichsten?

Wenn eine Publikation oder ein Forschungsantrag angenommen wurde. Dort steckt meist so viel Arbeit drin, dass man wirklich froh sein kann, wenn die Arbeit zu einem guten Abschluss gekommen ist.

### 4. Wer oder was hilft, wenn bei der Arbeit Schwierigkeiten auftreten?

Meist hilft es mir, an einer Sache dran zu bleiben, selbst wenn es unangenehm ist und es viele Dinge gibt, die ich stattdessen lieber machen möchte. Zudem bin ich froh, dass ich mich an unseren Abteilungsleiter (Prof. Dr. Ulrich Stangier) wenden kann. Wenn es etwas Wichtiges zu besprechen gibt, nimmt er sich immer Zeit für mich.

### 5. Was tun Sie, wenn Sie eine Pause von der Wissenschaft brauchen?

Ein wichtiger Ausgleich stellt für mich meine Familie dar. Gerade weil das wissenschaftliche Arbeiten häufig so interessant ist, ist es jedoch nicht immer ganz einfach, nicht noch etwas (wenn auch nur gedanklich) mit nach Hause zu nehmen. Wenn es aber gelingt, diese Bereiche zu trennen, dann habe ich einen guten Ausgleich zur und Pause von der Wissenschaft.

nachdenken. Wächst die Aufmerksamkeit, werden auch körperliche Empfindungen intensiver wahrgenommen, die andernfalls vielleicht gar nicht aufgefallen wären. Die Erkenntnis, dass Aufmerksamkeit dazu beiträgt, die Krankheitsängste aufrechtzuerhalten, wird auch in der Therapie genutzt. So lernen die Patienten in einem gezielten Training, ihre Aufmerksamkeit auch wieder von ihrem Körper weg nach außen zu richten.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der vermutlich sowohl zur Entstehung als auch zur Aufrechterhaltung der Krankheitsängste beiträgt, ist, dass die Betroffenen ihre körperlichen Empfindungen und ihre eigene Gesundheit sehr einseitig betrachten (vgl. auch Rief, Hiller & Margraf, 1998): So wird beispielsweise Gesundheit häufig als das vollständige Fehlen jeglicher körperlichen Missempfindungen verstanden. Sie vertreten Annahmen wie: »Auch bei leichten Schmerzen sollte ich einen Arzt aufsuchen, sonst übersehe ich möglicherweise etwas Schlimmes.« Bei auftretenden körperlichen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, wird sofort eine besonders schlimme Alternative (zum Beispiel ein Hirntumor) angenommen. Ande-

re sehr viel wahrscheinlichere Erklärungen wie Wetterumschwung, zu wenig Schlaf, Stress oder Verspannungen werden dagegen nicht ernsthaft in Erwägung gezogen. Bisher ist noch ungeklärt, ob diese Form der Informationsverarbeitung spezifisch für Personen mit Krankheitsängsten ist oder auch bei Angststörungen vorliegt.

### Sind Hypochonder bei leichten Kopfschmerzen eher »nicht mehr gesund«?

Auch dieser Fragestellung wird in dem Forschungsprojekt nachgegangen. So werden Patienten mit Krankheitsängsten und Patienten mit Angststörungen Aufgaben vorgelegt, bei denen sie körperliche Symptome wie Kopfschmerzen oder Schwindel der Kategorie »noch gesund« oder der Kategorie »nicht mehr gesund« zuordnen sollen. Es wird angenommen, dass Patienten mit Krankheitsängsten häufiger als andere Patienten die Kategorie »nicht mehr gesund« wählen. Es wird auch erwartet, dass Patienten nach Ende der Behandlung in der beschriebenen Aufgabe mehr körperliche Symptome als »noch gesund« klassifizieren werden als vor der Behandlung. ♦