



16 Hypochonder

Hypochondrie aus medizinischer Sicht und nach ICD-10 (F-Kodierung): Medizinische Definition von Hypochondrie. Hypochondrie – auch hypochondrische Störung genannt – ist eine psychische Erkrankung, bei der Betroffene übermäßige Angst oder Überzeugung haben, an einer schweren körperlichen Krankheit zu leiden, obwohl ärztliche Untersuchungen keinen medizinischen Befund ergeben. Typisch ist eine anhaltende Beschäftigung mit dem eigenen Körper, häufige Arztbesuche, das ständige Überprüfen von Körperfunktionen und Misstrauen gegenüber medizinischen Beruhigungen.

ICD-10 V. F Klassifikation

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) wird Hypochondrie unter dem Kapitel F – Psychische und Verhaltensstörungen geführt. Klassifikationsnummer:

F45.2 – Hypochondrische Störung

3. ICD-10-Kriterien für F45.2:

Laut ICD-10 sind folgende Merkmale für die Diagnose erforderlich: Anhaltende Überzeugung, an einer oder mehreren schweren körperlichen Krankheiten zu leiden (z. B. Krebs, HIV, neurologische Erkrankungen).

Körperliche Symptome stehen nicht im Einklang mit objektiven medizinischen Befunden oder sind nicht ausreichend erklärbar. Die Sorge besteht mindestens sechs Monate. Die Sorgen beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich (beruflich, sozial, familiär). Die betroffene Person akzeptiert keine ärztlichen Erklärungen oder beruhigenden Diagnosen.

Kann auch mit leichter depressiver Symptomatik, Angst oder Zwangssymptomen einhergehen.

Abgrenzung zu ähnlichen Diagnosen

F45.0 – Somatisierungsstörung: Viele körperliche Beschwerden über Jahre hinweg, ohne medizinische Ursache, aber nicht unbedingt mit der fixen Idee einer bestimmten Krankheit.

F45.1 – Undifferenzierte somatoforme Störung: Allgemeine körperliche Beschwerden ohne spezifische Krankheitsüberzeugung.

F48.0 – Neurasthenie: Erschöpfung und körperliche Schwäche ohne spezifische Krankheitssorge.

F32/F33 – Depression: Hypochondrische Sorgen können auch Teil einer Depression sein, stehen dort aber nicht im Vordergrund.

Therapieansätze

Psychotherapie, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie (CBT), ist die Therapie der Wahl. Ziel ist es, Gedankenmuster zu hinterfragen und mit Körpersymptomen anders umzugehen.

Psychoedukation zur Krankheitsverarbeitung.

Bei ausgeprägter Komorbidität: medikamentöse Behandlung (z. B. mit SSRIs bei gleichzeitiger Depression oder Angststörung).

Neue Einordnung nach ICD-11

Im neuen Klassifikationssystem ICD-11 (ab 2022 gültig) wird die Hypochondrie nicht mehr unter dem Begriff „hypochondrische Störung“ geführt, sondern unter dem neuen Oberbegriff: 6B42 – Health Anxiety Disorder (Krankheitsangststörung). Die neue Klassifikation unterscheidet nun deutlicher zwischen krankheitsbezogener Angst (ohne körperliche Symptome) und somatischen Belastungsstörungen.

Hypochondrie Krankheitsangst aus medizinischer Sicht

Hypochonder leiden unter einer tief verwurzelten, kaum korrigierbaren Überzeugung, an einer oder mehreren schweren Erkrankungen zu leiden – trotz fehlender medizinischer Befunde. Das zentrale Merkmal ist eine anhaltende und intensive Beschäftigung mit der Möglichkeit, körperlich ernsthaft krank zu sein. Die Angst vor Krankheit wird entweder durch harmlose körperliche Symptome oder durch eine übermäßige Beobachtung und Fehlinterpretation normaler Körperfunktionen genährt und aufrechterhalten.

Im Zentrum steht eine gesteigerte Körperwahrnehmung: Selbst alltägliche Empfindungen werden überinterpretiert und als Hinweis auf eine schwere Krankheit gedeutet. Daraus entwickelt sich ein selbstverstärkender Kreislauf: Je mehr der eigene Körper beobachtet wird, desto häufiger werden scheinbare „Anomalien“ wahrgenommen. Die daraus resultierende Angst führt zu vegetativen Reaktionen wie Herzklopfen, Zittern oder Schweißausbrüchen – Reaktionen, die wiederum als Krankheitssymptome missverstanden werden.

Psychische Dynamik und Symptome

Die Angst kann sich nicht nur auf körperliche Krankheiten richten, sondern auch auf psychische Störungen wie Psychosen oder Demenz. Obwohl die Beschwerden schwanken können, bestehen sie über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten – was ein zentrales Diagnosekriterium darstellt.

Typischerweise schildern Betroffene selbst kleinste körperliche Veränderungen mit großer Ernsthaftigkeit und Detailtreue, oft in der Hoffnung, dadurch ernst genommen zu werden. Diese Ausführlichkeit ist nicht übertrieben, sondern Ausdruck eines tiefen inneren Misstrauens und einer permanenten inneren Verunsicherung. Anders als körperlich Erkrankte empfinden Hypochonder die Entwarnung durch ärztliche Diagnosen nicht als Erleichterung – vielmehr bleibt das Misstrauen bestehen oder richtet sich auf neue mögliche Diagnosen.

Tiefenpsychologische Aspekte

Hinter der Krankheitsangst verbergen sich häufig ungelöste emotionale Konflikte. Verlust- und Trennungsängste – ursprünglich auf zwischenmenschliche Beziehungen bezogen – werden auf den Körper verlagert. Dadurch werden körperliche Symptome zum Träger seelischer Belastungen. Im Gegensatz zu phobischen Ängsten, die durch Vermeidung gemildert werden können, lassen sich körperbezogene Ängste nicht „umgehen“. Deshalb leiden Hypochonder dauerhaft an ihren Befürchtungen.

Nicht selten finden sich in der Biografie der Betroffenen familiäre Vorerfahrungen mit schweren Erkrankungen oder Verlusterlebnissen, etwa durch Krankheit oder Tod nahestehender Personen. In späteren Lebensphasen, insbesondere in Übergangssituationen (z. B. beim Verlassen des Elternhauses oder bei beruflichen Veränderungen), können diese verdrängten Ängste reaktiviert werden und zum Auslöser hypochondrischer Beschwerden werden.

Diagnose und Abgrenzung

Die Diagnose einer Hypochondrie sollte von einem erfahrenen Facharzt für Psychiatrie oder Psychosomatik gestellt werden – nachdem organische Ursachen sorgfältig ausgeschlossen wurden.

Hinweise auf eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2):

Anhaltende Angst, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden verbunden mit erheblichem seelischem Leiden und Einschränkungen im Alltag.

Wiederholte Arztbesuche, auch bei alternativen Heilern, trotz wiederholter medizinischer Entwarnung. Hartnäckige Weigerung, ärztliche Befunde zu akzeptieren, die keine körperliche Ursache für die Beschwerden feststellen.

Die Überzeugung, an höchstens ein bis zwei konkreten Erkrankungen zu leiden, besteht mindestens sechs Monate.

Dysmorphophobie Symptome – also die übertriebene Angst vor einer körperlichen Entstellung gelten ebenfalls als Teil des hypochondrischen Erlebens.

Therapeutischer Umgang

Nach der Diagnosestellung ist es entscheidend, Betroffene verständlich über die Natur ihrer Erkrankung aufzuklären. Erst wenn die Betroffenen begreifen, dass ihre Beschwerden psychisch bedingt sind – und keine körperliche Ursache haben –, kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und eine psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden.

In der Regel ist eine kognitive Verhaltenstherapie das Mittel der Wahl. Ziel ist es, den Teufelskreis aus Selbstbeobachtung, Fehlinterpretation und Angst zu durchbrechen und neue, gesündere Denk- und Verhaltensmuster zu etablieren.

Ein zentraler Bestandteil der Behandlung von Hypochondrie ist der Aufbau einer stabilen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Die Ängste der Betroffenen sollten dabei ernst genommen und empathisch begleitet werden. Da viele Hypochonder zunächst die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung infrage stellen, ist es umso wichtiger, durch Geduld und Einfühlungsvermögen eine belastbare therapeutische Allianz zu entwickeln.

Standardisierte oder rein rationale Erklärungsansätze reichen nicht aus, um der Tiefe der seelischen Problematik gerecht zu werden. Erst wenn eine tragfähige Beziehung aufgebaut ist, kann eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie ihre Wirkung entfalten – und den Betroffenen ermöglichen, von der Behandlung nachhaltig zu profitieren.

Besonders wirkungsvoll hat sich in vielen Fällen eine stationäre psychosomatisch ausgerichtete Therapie mit einem mehrdimensionalen Behandlungsansatz erwiesen. Dieser bietet einen intensiveren Zugang zur inneren Erlebniswelt der Patienten und ermöglicht tiefere therapeutische Prozesse.

Nicht-sprachliche kreative Verfahren, körperorientierte Therapien sowie Bewegungstherapie tragen maßgeblich dazu bei, das Vertrauen in den eigenen Körper zu stärken und verdrängte emotionale Inhalte zugänglich zu machen. Diese Ansätze fördern eine verbesserte Selbstwahrnehmung und helfen dabei, körperliche Signale realistischer einzuordnen.

Im Gegensatz dazu führt eine rein somatisch-medizinische Ausschlussdiagnostik bei Hypochondrie selten zu einer langfristigen Verbesserung. Ohne psychotherapeutische

Begleitung bleibt das zugrunde liegende seelische Leiden meist unverändert bestehen – die Angst sucht sich lediglich neue körperliche Ausdrucksformen.

Literaturverzeichnis

- Andrawis A, (2021) Dissertation, Ganzheitliche Medizin Heilung und Heil, an der Collegium Humanum – Warsaw Management University Univ.

Andrawis A, (2018) Humanmedizin und Psychotherapiewissenschaft, zwischen Theorie und Praxis, Eigenverlag

- Andrawis A, (2018) Psychoanalyse zur Überwindung, frühkindlicher Traumata zweijährige Patientenanalyse, von Jänner 2012 bis Februar 2014, Der verborgene Teil des Eisbergs Model Freud, 2.überarbeitete Auflage, Verlag Poligraf, Wydawnictwo, 2. überarbeitete Auflage, Poligraf sp. z o. o.ISBN: 978-3-9504659-0-4.

- Andrawis A, (2018) Determinanten des Entscheidungsverhaltens, von Verdrängung Heilung, Glaube, zur Bedeutung der Aufdeckung frühkindlicher Verdrängungen, durch Psychoanalyse und im Zusammenhang mit christlicher Glaubenshaltung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ul ISBN: 978-3-9504659-0-7.

- Andrawis A, (2015): Der verborgene Teil des Eisbergs, Eine zweijährige Patientenanalyse von Jänner 2012 bis Februar 2014, 1. überarbeitete Auflage, Eigenverlag.

- Andrawis A, (2018) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o. ISBN: 978-3-9504659-2-1.

- Andrawis A, (2018) Psychoneuroimmunologie PNI Komplementärmedizin, und Ganzheitliche Heilung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o.,ISBN: 978-3-9504659-3-8.

- Andrawis A, (2013) Der verborgene Teil des Eisbergs. Eine zweijährige Patientenanalyse eigene Verlag.

- Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Auflage, Verlag Huber.

- Dilling H, Mombour W, Schmidt M H (2011) Internationale Klassifikation psychischer

Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeitete Aufl., Verlag Hans Huber.

- Kernberg O F (1998) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Verlag Hans Huber.
- Mentzos S (2010): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer-Verlag.
- Möller H-J, Laux G, und Deisster A (2010) MLP Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag.
- Möller H-J, Laux G, Deister A (2014) Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Auflage, Thieme Verlag.
- Schuster P, Springer-Kremser M (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie, 4. Auflage, WUV-Universitätsverlag.
- Schuster P, Springer-Kremser M (1998): Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht, 2. überarbeitete Aufl., WUV-Universitätsverlag.
- Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial-Verlag.

Andrawis A, 2019