

Einleitung: Gesundheitsängste

Hans-Wolfgang Hoefert und Christoph Klotter

Vorbemerkung

Dieses Buch soll zum Nachdenken anregen über ein Phänomen, das mit dem Kürzel „Gesundheitsangst“ skizziert wird und mehr bedeutet als „nur“ eine spezifische Angst bzw. eine Phobie, wenn der Gegenstand der Angst gemieden wird. Gesundheitsangst wird hier verstanden als übergreifende Kategorie, in der die Befürchtungen um einzelne körperliche Dysfunktionen ebenso einen Platz haben wie allgemeine Lebensängste, die sich auf den eigenen Gesundheitszustand fokussieren. Gesundheitsängste sind ihrer Natur nach zumeist nicht rational in dem Sinne, dass sie eine objektive Gefährdung abbilden. Sie sind aber sehr wohl geeignet, Menschen vorübergehend oder dauerhaft in einen Zustand der Beunruhigung zu versetzen, der dazu beiträgt, das Gesundheitssystem vermehrt in Anspruch zu nehmen. Schließlich werden an verschiedenen Stellen dieses Buches Ansatzpunkte für Interventionen oder – bei eingegrenzten Ängsten durchaus erfolgreiche – Therapien sichtbar. Allerdings wird auch deutlich, dass sich diejenigen Anteile einer Therapierbarkeit entziehen, die auf kollektiven Überzeugungen z.B. über die Wirkung bestimmter Umwelteinflüsse oder bestimmter Ansteckungsquellen beruhen und deren subjektives Gefährdungsrisiko wesentlich durch die Medien und die öffentliche Meinung mitbestimmt wird.

1. Gesundheitsängste im zivilisatorischen Kontext

Gesundheitsangst ist zu allererst eine Angst vor dem Tod, die sich im Laufe der Jahrhunderte – nicht zuletzt durch Möglichkeiten der Medizin – zu einer Angst vor dem Schmerz, vor einer Behinderung oder den Folgen einer Krankheit modifiziert hat. „Der Tod und der Schmerz zählten im Mittelalter wenig.“ Das schreibt Duby (1996, S. 100), einer der bedeutendsten Mittelalterexperten aus der Schule der französischen Mentalitätsgeschichtsschreibung.

Heute, da uns der Glaube an das Jenseits überwiegend abhandengekommen ist (zumindest sind wir uns dessen nicht mehr sicher), fürchten wir uns vor nichts mehr als dem Tod. Wenn das Ungewisse der größte Stressor ist, dann ist es naheliegend, dass der Tod uns massiv ängstigt. Genauso naheliegend ist es dann, dass unser Gesundheitszustand im Mittelpunkt unserer Sorgen steht. Ist dieser gut, dann können wir unsere Angst vor dem Tod besänftigen. Schließlich ist es dann noch nicht so weit.

„Gesundheit“ als Produkt der Aufklärung

Die seit 200 Jahren unser Denken dominierende bürgerliche Aufklärung geht davon aus, dass das Leben vernünftig planbar ist, dass administrativer und technischer Fortschritt dazu bestimmt sind, Krankheiten zu verhüten und zu besiegen. Auf diese Weise soll das brüchig gewordene Erlösungsversprechen des Jenseits ins Diesseits transferiert werden. Wohlbefinden, ja Glück, soll das diesseitige Leben gleichsam garantieren. Selbstverständlich ist ein guter Gesundheitszustand hierzu Voraussetzung.

Somit fußen Gesundheitsängste nicht nur auf der Angst vor dem Tod und der damit verbundenen Ungewissheit des Danach, sondern auf der nicht durchschaubaren, Ungerechtigkeit produzierenden Schicksalsmacht, die willkürlich den einen zur chronischen Erkrankung verdammt, den anderen aber – vermeintlich – ungeschoren lässt. Diese Schicksalsmacht ist der finistre Gegenspieler zum und im lichtdurchfluteten Raum der aufklärerischen Vernunft, die letztlich und insgeheim verspricht, dem Leben Schmerz und Tod zu ersparen. Gesundheit wäre so Ergebnis und zugleich Indiz des Triumphes aufklärerischer Vernunft, Krankheit dagegen das Zeichen des Scheiterns dieser Vernunft. Gesundheitsängste beziehen sich somit auf die Ungewissheit, ein Sprössling der Vernunft oder eine Missgeburt zu sein. Der Gesundheitsstatus wäre wie ein Zeichen zu lesen, auserkoren oder verworfen zu sein. Auch im Zeitalter der Aufklärung ist auf diese Weise magisches Denken offenbar nicht verschwunden.

Infektionskrankheiten und Seuchen

Das Spektrum möglicher Beängstigungen hat sich heute zwar weg von den (weitgehend beherrschbaren) Infektionskrankheiten und Seuchen hin zu den eher chronifizierten Leiden verschoben, für welche das gestiegene Durchschnittsalter und die eigene gesundheitliche Lebensführung verantwortlich gemacht werden, dennoch stellen die sog. Seuchen (Endemien, Epidemien und Pandemien) nach wie vor ein latentes Beunruhigungspotential dar, das in gewissen Zeitabständen oder durch die Kenntnisnahme von Seuchen in anderen Weltregionen wieder virulent werden kann. Abgesehen von den Epidemien der jüngsten Zeit (HIV/AIDS, EHEC usw.) haftet im kollektiven Bewusstsein das Wissen um die „großen“ Epidemien (Pest, Cholera usw.). Das RKI (2010) gibt einen Überblick über derzeit 54 Infektionskrankheiten, die in der Vergangenheit zum Teil epidemische Ausmaße angenommen haben und die prinzipiell jederzeit wieder ausbrechen können. Im Alltagsbewusstsein wird diese latente Gefahr von den meisten Menschen verdrängt, für einige jedoch ist sie stets gegenwärtig. Sie gesellt sich im Erleben mancher Menschen zur Gefahr von Umweltkatastrophen, auch wenn sich jene an entfernten Punkten der Welt ereignen, und stellt damit eine dauerhafte und latente psychische Belastung dar, die den modernen Lebensstress kennzeichnet.

Neue Gesundheitszwänge

Im Überschwang welteroberlicher Gefühle, im Sturm und Drang der Moderne konnte leicht übersehen werden, dass die neuen Freiheiten mit massiven neuen Zwängen verbunden waren. Zu diesen neuen Zwängen gehört die *Pflicht* zur Gesundheit. War es der vormodernen Gesellschaft relativ gleichgültig, wie es um die Gesundheit des Einzelnen bestellt war, so achtet der moderne Staat sehr intensiv auf den Gesundheitszustand jedes Einzelnen und macht schließlich seine eigene Stärke vom Gesundheitsstatus der Bevölkerung abhängig. Nur eine gesunde Bevölkerung garantiert eine schlagkräftige Armee und eine erfolgreiche Industrie.

Der Nationalsozialismus hat diese neue Sicht auf die Gesundheit der Bevölkerung am deutlichsten zum Ausdruck gebracht, indem er explizit formulierte, dass die Gesundheit des Einzelnen irrelevant und dass die Gesundheit des sog. Volkskörpers alles ist. Gefordert wurde, dass jeder seinen individuellen Körper der Volksgemeinschaft zur Verfügung stellt – Leben und Sterben für die siegreiche oder untergehende Nation.

Heute wähnen wir uns vom Nationalsozialismus weit entfernt. Dank glückender Vergangenheitsbewältigung seien die bösen Spuren der Vergangenheit getilgt. Allein hinsichtlich der *Pflicht* zur Gesundheit hat sich so viel nicht geändert. Wer angeblich selbst verschuldet – durch Rauchen, zu viel und das Falsche trinken und essen, durch einen sedentary lifestyle – krank wird, vermeintlich die Kosten im Gesundheitswesen in die Höhe treibt und der Arbeit fernbleibt, gilt heute noch als sozial schädigend und darf an den Pranger gestellt werden. Dem stehen Modelle einer „gesunden Lebensführung“ (vgl. Hoefert & Klotter 2011) gegenüber, die einen normativen Charakter haben oder annehmen können. Gesund essen, sich bewegen oder Sport treiben und auf bestimmte Gelüste zu verzichten, ist – auch ohne Bezugnahme auf eine bestimmte Staatsideologie – ein Akt sozialer Anpassung, der von der Öffentlichkeit und nicht zuletzt auch von den Krankenkassen honoriert wird. Die Angst, krank zu werden, erweist sich damit als Angst, durch einen Verstoß gegen soziale Regeln des Zusammenlebens aus der Gemeinschaft der Gesunden ausgeschlossen zu werden.

Schuldgefühle

Jede Krankheit ist heute mit dem Verdacht verbunden, *selbst* verschuldet zu sein. Ganz offenkundig ist dies im Zusammenhang mit dem eben umrissenen angeblich gesundheitsabträglichen Lebensstil. Selbst diagnostisch objektivierbare Merkmale werden nicht selten auf eigenes Verschulden (Aggressionsgehemmtheit, unterdrückte Sexualität, stressige Lebensführung usw.) zurückgeführt. In allen Fällen – liegt nun gesundheitsabträgliches Verhalten oder eine krankmachende Persönlichkeit vor – ist das *Individuum* selbst schuld an seiner Erkrankung. Zumindest entkommt es nie der Hermeneutik des Verdachts. Gesundheitsängste resultieren in dieser Perspektive aus der Angst, als Individuum offenkundig zu versagen.

Und Gesundheitsängste dieser Art werden forciert, wenn die Ansprüche an Gesundheit ständig wachsen¹. Heute peinigen uns geringste Abweichungen von den radikalen Gesundheitsnormen. Auch dies ist eine Quelle von Gesundheitsängsten – den hoch gesteckten Zielen von idealer Gesundheit nicht zu genügen, obwohl wir doch wissen, dass die Wenigsten sich diesen Zielen auch nur annähern. Auf diese Weise empfinden wir uns alle als mehr oder weniger defizitär. Diese Ansprüche werden zum Teil vom Einzelnen gesetzt und nicht selten zu einem zentralen Lebensinhalt; zum Teil werden sie auch durch staatliche und andere Organisationen durch (ideologisch geführte) Kampagnen und durch „Aufklärung“ nahegelegt. Beide Tendenzen werden heute unter dem Begriff „Healthismus“ subsumiert, welcher eher mit den Konzepten von modernem „Lifestyle“ und „Wellness“ korrespondiert als mit „Hypochondrie“ (vgl. Schröder 2009). Insofern können manche Gesundheitsängste von Patienten in Arztpraxen auch verstanden werden als eine Beunruhigung, offiziell propagierten Gesundheitsnormen (Sport, Bewegung, Nicht-Rauchen usw.) oder informellen Gesundheitsnormen der eigenen Bezugsgruppe nicht genügen zu können und deshalb ein „schlechtes Gewissen“ zu haben (vgl. Greenhalgh & Wesseley 2004). Hier mag ein Grund dafür liegen, dass solche Ängste nur bei einem recht kleinen Teil von Patienten mit dem Persönlichkeitsmerkmal „Hypochondrie“ erklärt werden können bzw. dass bei einem weitaus größeren Teil die bloße Versicherung einer intakten (körperlichen) Gesundheit durch den Arzt nicht unbedingt zur Reduzierung der Gesundheitsangst beiträgt.

Entwicklungstrends

Twenge (2000) stellte um die Jahrtausendwende auf der Grundlage ihrer Vergleichsstudie zur Angst in den 50er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts die Frage, wie das generelle Ansteigen von Ängsten (hier in den USA) zu erklären sei, zumal doch die politische und ökonomische Lage der Bevölkerung vergleichsweise sicherer geworden sei. Bedenklich sei, dass sich bereits das durchschnittliche Angstniveau von Kindern und Jugendlichen in den 90er Jahren auf dem Niveau von Psychiatriepatienten in den 50er Jahren befinde. Zwei Quellen identifiziert Twenge für die gestiegene Angst, nämlich zum einen Bedrohungen, die von der Umwelt ausgehen bzw. als solche wahrgenommen werden, und unsichere soziale Beziehungen (höhere Scheidungsraten, mehr Alleinlebende, generell weniger interpersonelles Vertrauen), nicht aber ökonomische Veränderungen.

Auf der Grundlage von bevölkerungsweiten Umfrageergebnissen lässt sich zum einen der Stellenwert (Rangplatz) von *Gesundheitsängsten* im Vergleich zu anderen Ängsten bestimmen, und zum anderen die *Veränderung* ihres Stellenwertes über die Zeit. Mit aller gebotenen Vorsicht soll hier zunächst das Ergebnis einer

¹ In den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts haben mehr als 80% der deutschen Männer geraucht, sie durften viel essen und trinken. Erst dann galten sie als richtige Männer. Ihr Blutdruck durfte mit dem Alter werden steigen. Und bei all dem mussten sie sich noch nicht einmal mit einem schlechten Gewissen herumschlagen.

Umfrage der R+V Versicherung² zitiert werden. Demnach nehmen *Gesundheitsängste* den 7. Rangplatz (2010) von insgesamt 16 „Angstquellen“ ein und haben von 22% (1991) auf 57% (2010) zugenommen (Tab. 1).

Tab. 1: Angstquellen und die Veränderung ihrer Bedeutung über die Zeit (R+V Studie)

Angst vor ...	2010	1991
... Anstieg der Lebenshaltungskosten	68%	34%
... Verschlechterung der Wirtschaftslage	67%	k.A.
... Zunahme der Naturkatastrophen	64%	k.A.
... Überforderung der Politiker	62%	k.A.
... Arbeitslosigkeit in Deutschland	61%	k.A.
... Pflegefall im Alter	61%	30%
... schwerer Erkrankung	57%	22%
...		

Dieser kleine und keineswegs repräsentative Blick auf Bevölkerungsumfragen zum Thema „Gesundheitsängste“ zeigt zum einen eine generelle Zunahme von Gesundheitsängsten im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte (ähnlich Dowbiggin 2009 für die USA und Kanada) und zum anderen eine gewisse Rangfolge der Ängste, bei der die Angst vor Krebs weltweit an erster Stelle genannt wird.

Gesundheitsangst als soziale Konstruktion

Zur *Gesundheitsangst* liefert Dowbiggin (2009) eine Reihe von weiteren thesenhaften Erklärungen, welche auf den Charakter einer *sozialen Konstruktion* von Angst bzw. Gesundheitsangst hindeuten :

- „Angst“ ist in den allgemeinen Sprachgebrauch aufgenommen worden und wird häufig synonym verwendet mit dem Begriff „Stress“, steht also für die allgemeine Lebensbelastung.
- In bestimmten kulturellen Milieus, insbesondere unter Frauen, ist es „normal“ geworden, sich Ängste einzugestehen und darüber mit anderen zu sprechen.
- Nicht zuletzt durch die Verbreitung von Selbsthilfegruppen (in letzter Zeit auch in einschlägigen virtuellen Internet-Communities) ist das Sprechen über Ängste zum Gemeingut geworden; Medien tragen durch die häufige Thematisierung zur Kollektivierung des Angst-Habens bei.
- Die Diversifizierung der Diagnostik bzw. der Klassifikationssysteme ICD und DSM durch Hinzufügung von Panik, Agoraphobie oder posttraumatischer Belastungsstörung führt zu einer Vermehrung von Angstdiagnosen.
- Die Entwicklung neuer Psychopharmaka für Angststörungen schafft ein Bewusst-

² Studie „Die Ängste der Deutschen“ der R+V Versicherung (2010). Datenbasis unbekannt.

sein der Beherrschbarkeit und Kontrollierbarkeit, so dass die persönlichen Ängste – wie andere Beschwerden auch – den Experten zur Behandlung überlassen werden können.

- „Konspiratives“ Denken, das es auch in früheren Jahrhunderten schon immer gegeben hat, sorgt dafür, dass unbekannte und im Verborgenen wirkende Mächte als Quellen der Angst angenommen werden, wobei in den modernen Varianten vor allem die Umwelt als neue Quelle entdeckt worden ist.
- Ängste „passen“ schließlich in ein Weltbild, dem zufolge die Welt und das Leben insgesamt gefährlicher geworden ist; Ängste tragen in diesem Sinne zur Aufrechterhaltung eines zeitlich konsistenten, in sich schlüssigen, wenn auch negativen Weltbildes bei.

Vermehrung der Diagnosen

Sowohl die „International Classification of Diseases“ (ICD), welche nahezu alle physischen und psychischen Erkrankungen erfasst, als auch das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM), welches sich speziell auf psychische Störungen und Erkrankungen bezieht, sind im Laufe ihrer Weiterentwicklung ständig gewachsen: Die erste Fassung der ICD von 1855 kam noch mit 139 Krankheitsbegriffen und Todesursachen aus, im Jahr 1900 waren es bereits 179 Begriffe, und die ICD-10 von 2006 weist bereits mehr als 70.000 Krankheitsbegriffe aus. Der erste Vorläufer des DSM von 1840 enthielt lediglich die Kategorie „idiocy-insanity“, im Jahr 1917 wurden bereits 22 Diagnosen aufgelistet. Das erste DSM-I von 1952 enthielt 106 Diagnosen, die sich bis zum Jahr 2000 (DSM-IV-TR) auf 365 Diagnosen vermehrten³, welche das Spektrum möglicher Diagnosen selbst für Fachleute nahezu unüberschaubar werden lassen.

Vornehmlich dienen solche Verzeichnisse der Differentialdiagnostik durch Fachleute (Ärzte, Psychotherapeuten), wobei auch jene nur begrenzt die diagnostischen Differenzierungsmöglichkeiten ausschöpfen. Sekundär wird dadurch – so meinen die Kritiker – ein großer Teil der Bevölkerung mit nur geringen Normabweichungen unnötig pathologisiert und medikalisiert (der Anteil wird bei DSM-Diagnosen auf 20 - 30 % geschätzt). Daneben hinaus stellen solche Verzeichnisse eine Fundgrube für Selbstdiagnosen von Laien bzw. von Menschen mit hypochondrischen Neigungen dar, die sich auf diese Weise ausführlich und lebenslang selbst überprüfen können. Manchen Patienten gelingt es, über die Selbst- oder Fremdzuzuweisung eines u.U. seltenen Krankheitsetiketts eine neue Identität zu finden. In jedem Fall kann die Kenntnisnahme möglicher Diagnosen zur Beunruhigung und zu Sorgen um die eigene Gesundheit beitragen.

³ Daneben gibt es weitere Spezialverzeichnisse für seltene Krankheiten wie das Aarskog-Scott-Syndrom, das Adair-Dighton-Syndrom oder das Arkless-Graham-Syndrom (Buchstabe „A“). Eine komplette Übersicht findet sich unter www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_ProEncyclo.php?Ing=DE.

Ökonomische Aspekte

Gesundheitsängste sind – volkswirtschaftlich betrachtet – durchaus „sinnvoll“, weil sie eine Nachfrage nach Prävention, Diagnostik, Therapien, Heil- und Hilfsmitteln schaffen und auf diese Weise die Gesundheitswirtschaft fördern, welche in Deutschland mit 260 Milliarden Euro zu den umsatzstärksten Branchen zählt. So werden beispielsweise im psychischen Bereich neue Krankheitsbegriffe erfunden oder bestehende (oft unnötig) weiter differenziert, Symptome dramatisiert oder normale menschliche Stimmungsschwankungen pathologisiert (Beispiele sind „Transformationen“ von normaler Trauer zu Depression oder Schüchternheit zu Sozialphobie); analog werden im körperlichen Bereich normale Haut- oder Verdauungsirritationen mit krankheitswertigen Begriffen belegt, um sie dann einer regulären Behandlung zuführen zu können.

Die entsprechenden Aktivitäten werden als „disease mongering“ bezeichnet (vgl. Moynihan et al. 2002, Moynihan & Henry 2006, Conrad 2007, populärwissenschaftlich Blech 2004). Angesichts des Verdachts, das eigene Leben und die eigene Gesundheit würde im Interesse von ökonomischen Interessen zu manipuliert, entsteht bei vielen Menschen Misstrauen gegenüber Gesundheitsversprechungen und gegenüber einer – für unnötig gehaltenen – Diagnostik, das unter Umständen jede Motivation für ein präventives Gesundheitsverhalten ebenso wie eine therapeutisch notwendige Adhärenz konterkarieren kann. Gesundheitsangst stellt sich unter diesem Aspekt als Angst dar, einem nach ökonomischen Interessen agierendem Gesundheitssystem hilflos ausgeliefert zu sein oder den vorhandenen Hilfsangeboten auf Grund der eigenen beschränkten Ressourcen (Versicherungsstatus) eventuell nicht genügen zu können.

Zur Rolle der Medien

Menschen mit starker Gesundheitsangst neigen in besonderem Maße dazu, sich bei Ärzten, Freunden und Bekannten über die „Berechtigung“ ihrer Sorgen zu vergewissern (Hiller et al. 2003). Parallel dazu wird neben den klassischen Medien (Zeitungen, TV) zunehmend das Internet als Informationsquelle genutzt, das insofern Beachtung verdient, als es nicht nur der *Rezeption* wie bei den klassischen Medien dient, sondern einen *Dialog* mit größtenteils unbekannten Personen (in Einzelfällen auch mit Fachexperten) gestattet, welche die Interaktion mit natürlichen Personen aus der engeren Umgebung ersetzen und darüber hinaus noch den *Ausdruck* eigener Sorgen und Ängste ermöglichen kann.

Redaktionelle Beiträge in den klassischen Medien (Zeitungen, TV) können nach verschiedenen Kriterien bewertet werden. So zeigen Medienanalysen eine gewisse *Selektivität* bei der Darstellung von Gesundheitsthemen: „Dramatische“ Erkrankungen – allen voran Krebserkrankungen, aber auch seltene oder bizarre Erkrankungen – nehmen einen im Vergleich zur tatsächlichen Prävalenz überproportionalen Raum ein, werden nicht selten von Interessengruppen lanciert, denen an einer Beachtung durch die Politik gelegen ist, welche Gelder bewilligt und Entschei-

dungen zu Verboten von riskanten Inhaltsstoffen in Lebensmitteln oder Gegenständen des täglichen Gebrauchs trifft, und überbetonen dabei häufig die entsprechenden Erkrankungs- oder Ansteckungsrisiken (vgl. Trumbo et al. 2007).

Allerdings zeigen Medienanalysen auch gewisse Veränderungen in der Berichterstattung über die Zeit: So stellten Henry et al. (2010) nach Auswertung der Krebs-Berichte über 20 Jahre in kanadischen *Zeitungen* fest, dass das Thema im Vergleich zu früher sachlicher und weniger assoziiert mit dem nahenden Lebensende und Operationen, dafür mehr mit den psychosozialen Aspekten und dem Weiterleben nach einer Krebserkrankung dargestellt wird.

Wilson et al. (2010) bescheinigten den australischen Zeitungen und Fernsehsendern nach einer Berichtsanalyse über 5 Jahre eine häufige Überbetonung von Einzelschicksalen (mit zumeist geringer Verallgemeinerbarkeit) und die häufige Verwendung von Kampf-Metaphern bei Krebs. Walsh-Childers et al. (2011) stellten nach einer Analyse von US-amerikanischen Verbraucherzeitschriften über 5 Jahre zum Thema Brustkrebs eine weitgehend korrekte Darstellung fest, bemängelten allerdings fachliche Fehler (z.B. bei Berichten zur Hormon-Ersatztherapie), zu wenig Informationen über Behandlungsweisen und erwartbare Ergebnisse und generell eine einseitig ätiologische Ausrichtung (Genetik, familiäre Häufung). Es darf vermutet werden, dass die genannten Lücken und Einseitigkeiten dazu geeignet sind, gesundheitsängstliche Menschen zu beunruhigen oder auch zu einer Suche nach alternativen Erklärungen zu motivieren.

Ein direkterer Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Gesundheitsangst lässt sich bei der Analyse des *Fernsehkonsums* nachweisen. Vielseher von Gesundheitssendungen sind im Hinblick auf ihre Gesundheit beunruhigter, wie dies beispielsweise Lemal & van den Bulck (2009) für einschlägige TV-Sendungen im belgischen Fernsehen zeigen konnten.

Zum *Internet* – als potentiell Gesundheitsängste förderndes Medium – liegen bisher noch relativ wenige Befunde vor. Nach einer 7-Jahres-Studie von Andreassen et al. (2007) zeichnen sich E-health-Nutzer durch eher höhere Schulbildung, einen anspruchsvolleren Beruf, eine eher gute gesundheitliche Selbsteinschätzung aus und sind überwiegend weiblich. Internet-Benutzer scheinen sich dieser Untersuchung zufolge durch den Mediengebrauch eher sicherer als ängstlicher zu fühlen. Demgegenüber stellten White & Horvitz (2008) fest, dass sich durch die Suche nach Sicherheit im Internet auch die Gesundheitsangst vergrößert, – ein Befund, der durch eine neuere Untersuchung von Gravatt & Brown (2011) bestätigt werden konnte.

2. Hypochondrische Tendenzen

In der Fachwelt besteht weitgehend Übereinstimmung, dass Gesundheitsangst als *Kontinuum* zu betrachten ist, auf dem Hypochondrie das *Extrem* von Gesundheitsangst markiert. Uneinigkeit besteht dahingehend, ob die Vorstellung eines „fließenden“ Übergangs von erhöhter Gesundheitsangst zu Hypochondrie zutreffend ist und im Falle der Hypochondrie nicht doch einige qualitative Besonderheiten zur

„gewöhnlichen“ Gesundheitsangst hinzutreten. So betrachten beispielsweise Braddock & Abramowitz (2006) Hypochondrie als besonders *intensive* Form von Gesundheitsangst, während Marcus et al. (2006) Hypochondrie gekennzeichnet sehen durch *dysfunktionale Annahmen* (körperliche Anzeichen als Vorboten einer einsetzenden katastrophalen Krankheitsentwicklung), durch die Entdeckung einer *Vielzahl* von Symptomen, die darauf hindeuten, dass man nicht gesund ist (Gesundheit wird mit dem *Fehlen* jeder Symptomatik gleichgesetzt), durch eine geschärfte (aber nicht unbedingt genauere) *Wahrnehmung* für körperliche Veränderungen sowie durch ständige *Sorgen* um die Gesundheit, die selbst wieder neue Symptome produzieren (z.B. Kopfschmerzen und Schlafstörungen).

Der theoretisch am weitesten elaborierten Konzeption von Salkovskis & Warwick (2001) zufolge dominiert bei hypochondrischen Menschen nicht einfach die Angst vor der Krankheit, sondern vor allem vor den *Konsequenzen* einer Krankheit (Veränderungen im familiären Umfeld, Verlust der gewohnten Rollen, dauerhafte Beeinträchtigung). Die Ängste werden zum einen aufrechterhalten durch Häufungen von Krankheiten im familiären Umfeld, zum anderen durch Medienberichte über die (angebliche) Verbreitung von Krankheiten, sowie durch immer wieder erfolglose Versuche, das Vorhandensein einer eigenen Krankheit zu verifizieren (die Mitteilung von aufgesuchten Ärzten, dass „nichts ist“, wird interpretiert als Schonung des Patienten, um ihm nicht mitteilen zu müssen, dass doch etwas „Ernsthaftes“ ist). Dazu kommt nicht selten ein Bedürfnis nach „absoluter“ Sicherheit, die durch eine normale ärztliche Diagnose und insbesondere bei parallel eingeholten Diagnosen nicht zu erreichen ist. Dadurch, dass viele Informationsquellen (auch in den Medien) genutzt werden, entstehen nicht nur Widersprüche, sondern auch Zweifel an der Verlässlichkeit dieser Quellen insgesamt. Im Gegensatz zu „normal“ Ängstlichen, deren Verhalten eher durch Vermeidung oder Flucht-tendenzen (in extremen Fällen Panik-Attacken) gekennzeichnet ist, stellen sich hypochondrische Menschen den Situationen, in denen sie (negative) Informationen über sich selbst erhalten könnten.

Epidemiologische Befunde

Betrachtet man Hypochondrie schließlich unter epidemiologischem Aspekt, so zeigt sich auf der Grundlage der ICD- bzw. DSM-Klassifikation eine weitaus geringere Auftretenswahrscheinlichkeit als nach der häufigen Gleichsetzung von Gesundheitsangst und Hypochondrie anzunehmen ist. In einem Review einschlägiger Studien von Creed & Barsky (2004) bewegen sich die gefundenen Prävalenzen zwischen 0,26 und 8,5 %. Im deutschsprachigen Raum konnten Rief et al. (2001) bei 10 % der Probanden Überzeugungen finden, eine ernsthafte Erkrankung zu haben. Bleichhardt & Hiller (2007) fanden bei 6 % der Probanden Hypochondrie-Merkmale, Martin & Jacobi (2006) bei 0,05 % Hypochondrie-Merkmale im engeren Sinne, bei 2,12 % im weiteren Sinne. Hypochondrie-Neigungen scheinen mit dem Alter zuzunehmen; die Beziehung zum (weiblichen) Geschlecht ist dagegen eher uneindeutig. Bleichhardt & Hiller (2007) fanden neben einer (weiblichen) Geschlechtsspezifischen Beziehungen

zu geringerer Schulbildung, geringerer Lebensqualität und größerer psychischer Komorbidität. Benedikt et al. (2007) konnten in ihrer Hausarztstudie eine hohe Beziehung zu Angst- und Depressionswerten sowie Somatisierungstendenzen finden; sie wiesen darauf hin, dass für solche Patienten weniger ein bestimmtes Beschwerdemuster als vielmehr ein bestimmter (erhöhter) Beschwerdedruck charakteristisch sei.

Zwanghaftigkeit

Die Neigung, möglichst viele, die eigene Gesundheit betreffende Informationen einzuholen, kann verstärkt werden durch *Zwanghaftigkeit* bei der – gleichwohl selektiven – Informationssammlung, dem „Checken“ des eigenen Körpers auf mögliche Symptome hin, sowie einem entsprechenden Verhalten, um sich vor einer möglichen Ansteckung zu schützen; dies macht sich in erster Linie im *Hygiene*-Verhalten bemerkbar. Gemeinsam scheint bei hypochondrischen, zwanghaften Neigungen und Panikneigungen die Intoleranz gegenüber *Unsicherheit* sowie der *somatische* Fokus der Aufmerksamkeit zu sein. Allerdings achten Panik-Ängstliche stärker auf Erregungsanzeichen wie beschleunigte Atmung, hypochondrische Menschen eher auf kardiovaskuläre Symptome, Panik-Ängstliche eher auf die *kurzfristigen*, hypochondrische Menschen eher auf die *langfristigen* Folgen einer Symptomatik (Deacon & Abramowitz 2008). Bei vorhandener Zwanghaftigkeit besteht nach Quimet et al. (2009) die Neigung, rigide an bestimmten Reiz-Interpretationsschemata festzuhalten und nicht stattdessen alternative Interpretationen zuzulassen bzw. durch Senkung der eigenen Erregung die kognitiven Voraussetzungen für ein Abwägen zwischen alternativen Interpretationen zu schaffen.

Selbstdiagnosen und -therapien

Subjektiv werden häufig – auch von nicht-hypochondrischen Menschen – normale Schwankungen in der Befindlichkeit ebenso wie leichtere Veränderungen in den Körperfunktionen (z.B. Funktionen des Magen-Darm-Traktes) oder auf der Körperoberfläche (z.B. Hautbild) nicht einfach als solche interpretiert, sondern als *Symptome*, die für eine möglicherweise noch nicht entdeckte Krankheit sprechen könnten. Nicht-fachliche Medien mit ihren eher unpräzisen Symptombeschreibungen eröffnen hier einen breiten Deutungsraum für die *Selbstdiagnose*. Dies muss nicht zwangsläufig zur Vergewisserung bei Fachexperten führen, sondern kann, wie Filipkowski et al. (2009) betonen, die Neigung zum schnellen Griff nach – im Haushalt vorhandenen – Medikamenten oder zum Gebrauch von OTC-Produkten (nicht verschreibungspflichtige Over-the-Counter-Produkte) begünstigen, welche ihrerseits Nebenwirkungen erzeugen können, die wiederum als neue „Symptome“ interpretationsfähig sind. Eine dritte Alternative neben den Medikamentenverschreibungen durch Ärzte und dem Gebrauch von OTC-Produkten besteht darin, auf die sog. Komplementär- und Alternativmedizin auszuweichen, welche ebenfalls eine inzwischen zumindest ökonomisch nicht unerhebliche Bedeutung in der gesundheitlichen

Selbstversorgung der Bevölkerung hat (vgl. Hoefert & Uehleke 2009). Unabhängig von Fragen der Effizienz bzw. der Evidenz von Wirkungsnachweisen wäre der Frage nachzugehen, inwieweit der Trend zur Alternativmedizin verbunden ist nicht nur mit Skepsis gegenüber der konventionellen Medizin, sondern auch mit anderen, manchmal sogar paranormalen Vorstellungen von der Funktionsweise des Körpers und dem, was „Gesundheit“ ist (vgl. Jeswani & Furnham 2010).

3. Zu den Beiträgen dieses Buches

Gesundheitsangst als historisches und kollektives Phänomen

Einleitend greift *Steger* die antike Leitidee der Gesunderhaltung – als Lebensziel und Lebensideal – auf, welche mehr beinhaltet als das Kurieren von Krankheiten. Diesem Ideal nicht genügen zu können, ist das Schicksal insbesondere derjenigen, der im steten Zweifel an ihrer Gesundheit leben (Hypochondrie). Er beschreibt, wie dieser zweiflerische Zug das Lebensgefühl einer ganzen Epoche prägen kann und sich unter anderem auch in der Weltliteratur dokumentiert. Die Moderne ist dabei gekennzeichnet durch ein – auch in der Bevölkerung – vermehrtes Wissen über Krankheitsquellen (nicht unbedingt über Möglichkeiten der Gesunderhaltung), durch das die Selbstgewissheit von Gesundheit nicht vergrößert, sondern eher unterminiert wird.

Dass Gesundheitsängste ein kollektives Phänomen darstellen, zeigen die Umfrageergebnisse, über die ebenfalls einleitend *Spangenberg et al.* berichten. Und wenn Menschen Gesundheitssorgen und -ängste haben, dann ist ihr erster Anlaufpunkt oft die hausärztliche Praxis. *Schäfer* und *Hanel* berichten über solche Patienten, die beim Arzt Vergewisserung und Beruhigung suchen und zunächst oft nur über eher unspezifische Symptome wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopf- und Gelenkschmerzen oder über Verdauungsbeschwerden klagen, wobei sich dann häufig eine Phase des Austausches von Ursachenvermutungen zwischen Ärzten und ihren Patienten anschließt. Da es häufig keine wirksamen Ansatzpunkte für eine konventionelle Diagnostik und Therapie gibt, kann eine Klärung der Sorgen und Ängste, so die Autoren, zumeist nur in einem geführten Dialog stattfinden.

Umweltspezifische Gesundheitsängste

Die Angst um die eigene Gesundheit wird – der klassischen Unterscheidung zwischen internaler und externaler Attribution folgend – subjektiv zum Teil *internal* auf die eigene genetische und hereditäre Ausstattung (Erblichkeit einer „robusten“ oder „fragilen“ Gesundheit bzw. einer „Anfälligkeit“) oder auf das eigene Gesundheitsverhalten („gesunde Lebensführung“) zurückgeführt, zum Teil aber auch auf *externale* Faktoren mit gesundheitsbelastendem oder toxischem Charakter (vgl. dazu die Beiträge von *Röttgers & Nedjat*, *Hausteiner-Wiehle* und *Rösli*). *Hausteiner-Wiehle* weist mit Bezug auf die Angst vor „Chemie“ darauf hin, dass wir solchen externalen Faktoren weitgehend *ausgeliefert* sind und sie nur schwer kontrollieren

können. Interessanterweise sind die entsprechenden Ängste, wie sie feststellt, häufiger in Ländern anzutreffen, die als relativ „sauber“ gelten; entscheidend für die Angst sei also nicht die tatsächliche Exposition, sondern die *subjektive* Risikobewertung. Ähnlich stellt *Röösl* die Gesundheitsgefährdung durch elektromagnetische Felder in Frage und verweist auf die Subjektivität des Phänomens: Menschen, die sich selbst als elektrosensibel bezeichnen, reagieren nicht unbedingt auf elektromagnetische Felder; vielmehr sei von einer Art Nocebo-Effekt auszugehen, bei dem auf Grund von vorherigen Überzeugungen die Wirkung von durchaus vorhandenen Einflüssen verstärkt werde. Auch aus Sicht der Umweltmedizin erscheint das Phänomen der „Umweltbelastung“ unter diesem Aspekt als diskussionswürdig, wie *Röttgers und Nedjat* in ihrem Beitrag deutlich machen.

Körperspezifische Gesundheitsängste

Unter den körperspezifischen Gesundheitsängsten rangiert die Angst vor Krebs an erster Stelle (obwohl das *objektive* Krebsrisiko erst an dritter Stelle steht). Anders als bei den spezifischeren Ängsten (Ansteckung oder Verletzung) ist „Krebs“ eine Art Metapher für Unsicherheit, Unvorhersehbarkeit, Abhängigkeit und Tod. Selbst für den selteneren Fall des Überlebens einer Krebserkrankung werden dauerhafte Beeinträchtigungen der Gesundheit befürchtet. Ein zentrales Merkmal ist das Fehlen einer deutlichen Ätiologie; insofern kann „alles“ für die Krankheitsentstehung verantwortlich sein. Wie *Hoefert* in seinem Beitrag ausführt, hat sich das Verdächtigungsspektrum in den letzten Jahren in Richtung „lifestyle-Faktoren“ verschoben, was Folgen für das persönliche Präventivverhalten hat (Meidung „schädlicher“ und Übergewicht fördernder Ernährung, Vermeidung von „Strahlenexposition“). Nicht zu übersehen ist dabei das Angebot von Vorsorgeuntersuchungen, welches als beständige Mahnung oder – bei Nichtteilnahme – als Auslöser eines „schlechten Gewisses“ fungiert.

Besonders dann, wenn sich körperliche Anzeichen mehren, die örtlich eingrenzbar sind (z.B. Herz- oder Magengegend), entstehen spezifischere, aber nicht unbedingt weniger intensive Ängste als bei einer allgemeinen Krebsangst. So zeigen *Krille & Martin* am Beispiel der Angst bei Herzbeschwerden, für die sich oft keine organische Ursache finden lässt, dass solche Beschwerden – insbesondere bei Panik- und Hypochondrie-Neigung – als lebensbedrohlich erlebt werden. Die entsprechende Angst wird genährt durch eine selektive Wahrnehmung, welche die subjektive Symptomatik vergrößert (somatosensorische Verstärkung) sowie durch eine bestimmte kognitive Bewertung (katastrophierende Gedanken). Auffällig ist das Bedürfnis nach Rückversicherung gerade bei unklaren Symptomen, so dass das Gesundheitssystem überproportional in Anspruch genommen wird. Die Autorinnen skizzieren zugleich einige therapeutische Interventionspunkte.

Ähnliche Prozesse beschreibt *Frevert* für Atembeschwerden am Beispiel des Hyperventilationssyndroms, von Asthma und COPD. Gemeinsam ist der Angst bei solchen Beschwerden ein mangelndes Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des eigenen Körpers, - ein Defizit, das aus Sicht der Bindungstheorie

erklärbar erscheint, bei dem aber auch wieder die Bedeutung von selektiver Aufmerksamkeit mit daraus folgenden dramatisierenden Bewertungen deutlich wird.

Körper und Ernährung

Wenn heute das Übergewicht bzw. eine dazu beitragende „falsche“ Ernährung für eine Reihe von Krankheiten verantwortlich gemacht wird und entsprechende Ermahnungen an die Bevölkerung ergehen, dann spiegelt dies zum Teil die objektive Erkenntnislage wider. Zu einem anderen Teil ist damit die Forderung nach „Schlankheit“ verbunden, - einem Ideal der kulturellen Menschheitsgeschichte und zugleich ein (wandelbares) zivilisatorisches Produkt, mit dem nicht nur ästhetische Vorstellungen assoziiert sind, sondern auch das klassische Ideal der Mäßigung oder das moderne Ideal der affektiven Selbstkontrolle. *Klotter* erläutert in seinem Beitrag, wie die Nichtbefolgung solcher Ideale zum Erleben von „Versündigung“ beiträgt und welche sozialen Konsequenzen – nämlich Verachtung der „Sünder“ durch die Schlanken – die Orientierung an den erwähnten Idealen nach sich zieht.

„Essen“ als Notwendigkeit für die Gesunderhaltung des Körpers scheint keine Selbstverständlichkeit mehr zu sein. Nicht zufällig sind wir täglich von Ernährungsratschlägen umgeben, bemühen uns um eine „richtige“ und Vermeidung einer „falschen“ Ernährung. Dies führt nicht selten zu Fehlregulationen in der Nahrungsauswahl und in der Art der Nahrungsaufnahme. *Gottschalk* beschreibt am Beispiel der Anorexia nervosa, wie aus der Verdächtigung des Essens eine selbstschädigende Verweigerung werden kann.

Der verletzte Körper

Prinzipiell kann alles, was uns im Alltag begegnet, oder woran wir denken, Angst auslösen. Spezifisch auf die Gesundheit bezogen empfinden wir vor allem dann Angst, wenn die eigene körperliche Unversehrtheit bedroht erscheint. Denn der Körper ist in zweierlei Weise der Umwelt gegenüber exponiert: Die schützende Außenhülle kann durch Gegenstände durchdrungen werden und zu Verletzungen führen. Außerdem können nicht sichtbare Erreger über den Atem oder durch die Haut in den Körper eindringen. Entsprechend groß ist die Angst vor physischen Verletzungen – auch in Form von eindringenden Injektionsnadeln – sowie die Angst vor Ansteckung. Ein Spezifikum der Ansteckungsangst ist, dass eine Ansteckung oft nicht nur auf physischem Weg, sondern auch auf psychischem Weg gefürchtet wird („mental pollution“). Dies führt in letzter Konsequenz zur sozialen Distanzierung und Ausgrenzung von Menschen, durch die eine Ansteckung gefürchtet wird. *Hoefert* weist in diesem Zusammenhang auf die beteiligten Emotionen hin: Es ist oft nicht die Angst, sondern der Ekel, der durch die physische oder auch nur gedankliche Nähe zu den gefürchteten Menschen und Objekten evoziert wird und der sich entsprechend vom biologisch sinnvollen Ekel mit seiner Warnfunktion zu einem „moralischen“ Ekel wandeln kann, der damit eine soziale Warnfunktion hat.

In einem zweiten Beitrag zeigt *Hoefert* am Beispiel der Zahnbehandlungsangst, wie die körperliche Unversehrtheit durch scheinbar nur technische Prozeduren in Frage gestellt werden kann. Auf den ersten Blick wird Zahnbehandlungsangst in Verbindung gebracht mit frühkindlichen Schmerz-Konditionierungen, behandlungsspezifischen Schmerzempfindungen nicht zuletzt durch auf Grund von Injektionen. Auf den zweiten Blick wird deutlich, dass das frühkindliche Trauma oft eher darin besteht, von den Eltern mit der eigenen Hilflosigkeit allein gelassen zu werden, während im Erwachsenenalter neben die physische Schmerzerfahrung das Erleben von Hilflosigkeit, der Penetration (Eindringen in den eigenen Mundraum) und der Verletzung von Intimität tritt. Dazu kommt in vielen Fällen eine weitere Besonderheit, nämlich die Angst, für den eigenen Zahngesundheitszustand kritisiert werden zu können, womit die scheinbar technisch bedingte Zahnbehandlungsangst eine soziale Komponente hinzugewinnt.

Medien und Gesundheitsangst

Den Medien wird häufig unterstellt, an der Entstehung und Vermehrung von Gesundheitsängsten beteiligt zu sein. Tatsächlich konnte *Eichenberg* in ihrer eigenen Untersuchung eine stärkere Nutzung des Internets bei hypochondrischen Neigungen feststellen und konstatiert eine sehr heterogene Informationsqualität, welche die Vergabe mit Gütesiegeln für Gesundheitsinformationen diskussionswürdig erscheinen lässt. In einer kleinen Studie untersucht *Witzel* die Wirkung von Krankenhausserien auf die Zufriedenheit mit der Versorgungsqualität im Krankenhaus. Er zeigt, dass solche Serien unrealistisch hohe Ansprüche fördern und auf Grund einer dadurch vermuteten Unterversorgung die eigene Gesundheit als bedroht erscheinen lassen.

Psychische Faktoren der Gesundheitsangst

Unter den Erklärungen für eine bestehende – mehr oder weniger hypochondrische – Gesundheitsangst haben durchgestandene Krankheiten eine große subjektive Bedeutung. *Weck* thematisiert die Rolle solcher Krankheitstraumata und beschreibt, wie jene zur aktuellen Beurteilung der eigenen Gesundheit beitragen. Gesundheitsangst ist damit nicht nur als ein bedrohliches Gefühl angesichts einer unvorhersehbaren und unkontrollierbaren Zukunft zu betrachten, sondern auch als resultierendes Gefühl aus der psychischen Verarbeitung vergangener Krankheiten.

Witthöft thematisiert die zentrale Funktion der Aufmerksamkeitslenkung bei der Entstehung von Gesundheitsangst. Die Aufmerksamkeit kann sich in extremer Weise auf externe Informationen oder auf körperinnere Vorgänge zentrieren. Auf der Grundlage experimentalphysiologischer Untersuchungen zum Umgang mit „stressenden“ Reizen skizziert er die Wege, auf denen das Prinzip der Aufmerksamkeitslenkung im therapeutischen Rahmen genutzt werden kann.

Therapeutische Interventionspunkte

Gesundheitsängste sind dann, wenn sie nicht weitgehend auf kollektiv getragenen Überzeugungen oder sogar kollektiven Wahnvorstellungen beruhen, einer therapeutischen Intervention durchaus zugänglich. *Schmoll* zeigt in einem historischen Rückblick auf solche kollektiven Mechanismen und einem Fallbeispiel die Grenzen eines allein individuumzentrierten Ansatzes auf; ein allgemeiner Wahn könne zum persönlichen Wahn werden. In dem abschließenden Beitrag von *Gropalis und Bleichhardt* wird allerdings deutlich, wie normalerweise mit Gesundheitsängsten im Rahmen eines kognitiv-verhaltenstherapeutisches Designs erfolgreich umgegangen werden kann.

Abschließende Bemerkung

Man kann weder von Hausärzten noch von psychologischen Therapeuten verlangen, dass sie ein Phänomen beseitigen, das zum Teil als zivilisatorisches Phänomen verstanden werden muss, welches durch die vergrößerte Zugänglichkeit zu Gesundheits- und Krankheitsinformationen sowie durch mediale Eigenheiten ihrer Vermittlung und durch beständige Erinnerungsmechanismen des Gesundheitssystems am Leben gehalten wird. Weniger der objektive Gesundheitszustand der Bevölkerung gibt Anlass zum Nachdenken, sondern die individuellen und kollektiven Rezeptionsweisen von persönlichen und allgemeinen Gesundheitsinformationen. Ein Merkmal diese Rezeption ist einerseits die Vermittlung von Sicherheit, mit der, wenn sie nicht erreichbar ist, immer wieder Verunsicherung produziert wird. Trotz einer objektiv verbesserten Gesundheit sind wir uns ihrer doch wie selten ungewiss. Wir umgeben uns mit einem komplexen und kostenträchtigen Vergewisserungsinstrumentarium, das uns mehr auf Testwerte als auf den eigenen Körper hören lässt, und sind trotz „beruhigender“ Werte dennoch weiter besorgt. Die Angst um die eigene Gesundheit ist insofern zumindest teilweise eine Angst, das Leben nicht mehr vorhersehen oder gar kontrollieren zu können.

Literatur

- Andreassen, H.K., Bujnowska-Fedak, M.M., Chronaki, C.W., Dumitri, R., Pudule, I., Santana, S., Voss, H., Wynn, R. (2007). European citizens' use of e-health services: A study of seven countries. *BMC Publ Health*, 7:53.
- Benedikt, G., Schulmeister, E., Sattel, H., Schäfert, R., Sauer, N., Herzog, W., Henningsen, P. (2007). Körperbeschwerden und Gesundheitsangst in der Primärmedizin. *Z Psychiatrie Psychol Psychother*, 55(1), 21-29.
- Blech, J. (2004). Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Frankfurt: Fischer.
- Bleichhardt, G., Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *Brit J Health Psychol*, 12, 511-523.

- Braddock, A.E., Abramowitz, J.S. (2006). Listening to hypochondriasis and hearing health anxiety. *Expert Rev Neurother*, 6(9), 1307-1312.
- Conrad, P. (2007). The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.
- Creed, F., Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res*, 56(4), 391-408.
- Deacon, B., Abramowitz, J.S. (2008). Is hypochondriasis related to obsessive-compulsive disorder, panic disorder, or both ? An empirical evaluation. *J Cogn Psychother*, 22(2), 115-127.
- Dowbiggin, I.R. (2009). High anxieties: The social construction of anxiety disorders. *Can J Psychiatry*, 54(7), 429-436.
- Duby, G. (1996). Unseren Ängsten auf der Spur – vom Mittelalter zum Jahr 2000. Köln: DuMont.
- Filipkowski, K.B., Smyth, J.M., Rutchick, A.M., Santuzzi, A.M., Adya, M., Petrie, K.J., Kaptein, A. (2009). Do healthy people worry ? Modern health worries, subjective health complaints, perceived health, and health care utilization. *Int J Behav Med*, 17(3), 182-188.
- Gravatt, S.T., Brown, M.J. (2011): Health anxiety and internet use. *Comp Hum Beh*, in press.
- Greenhalgh, T., Wesseley, S. (2004): 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle class. *Brit Med Bull*, 69, 197-213.
- Henry, M., Trickey, B., Huang, L.N., Cohen, S.R. (2010). How is cancer recently portrayed in Canadian newspapers compared to 20 years ago ? *Support Care Cancer*, doi: 10.1007/s00520-010-1049-9
- Hiller, W., Fichter, M.M., Rief, W. (2003). A controlled treatment study of somatoform disorders including an analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. *J Psychosomat Res*, 54, 369-380
- Hoefert, H.-W., Uehleke, B. (2009): Komplementäre Heilverfahren im Gesundheitswesen. Bern: Huber.
- Hoefert, H.-W., Klotter, C. (Hrsg.) (2011). Gesunde Lebensführung – kritische Analyse eines populären Konzepts. Bern: Huber.
- Jeswani, M., Furnham, A. (2010). Are modern health worries, environmental concerns, or paranormal beliefs associated with perceptions of the effectiveness of complementary and alternative medicine ? *Br J Health*, 15, 599-609.
- Lemal, M., van den Bulck, J. (2009). Television news exposure is related to fear of breast cancer. *Prev Med*, 48(2), 189-192.
- Martin, A., Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomat Med*, 68, 770-777.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324, 886-891.
- Moynihan, R., Henry, D. (2006). The fight against Disease Mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Medicine*, 3(4), 0425-0428.
- Quimet, A.J., Gawronski, B., Dozois, D.J.A. (2009). Cognitive vulnerability to anxiety: A review and an integrative model. *Clin Psychol Rev*, 29, 459-470.

- Rief, W., Hessel, A., Brähler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondrial features in the general population. *Psychosomat Med*, 63, 595-602.
- Robert-Koch-Institut (2010). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2009. Berlin: RKI.
- Salkovskis, P.M., Warwick, H.C. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In: Starcevic, V., Lipsitt, D.R. (eds.): *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford Univ. Press, 202-222.
- Schröder, H. (2009). Healthismus und Wellness. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, 484-493.
- Trumbo, C.W., McComas, K.A., Kannaovakun, P. (2007). Cancer anxiety and the perception of risk in alarmed communities. *Risk Analysis*, 27(2), 337-350.
- Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety ? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *J Pers Soc Psychol*, 79(6), 1007-1021.
- Walsh-Childers, K., Edwards, H., Grobmyer, S. (2011). Covering women's greatest health fear: breast cancer information in consumer magazines. *Health Commun*, 26(3), 209-220.
- White, R.W., Horvitz, E. (2008). Cyberchondria. Studies of the escalation of medical concerns in web search. Microsoft, Technical Report 177.
- Wilson, A.J., Bonevski, B., Jones, A.L., Henry, D.A. (2010). Deconstructing cancer: what makes a good quality news story ? *MJA*, 193(11/12), 702-706.

1. Gesundheitsangst als historisches und kollektives Phänomen

Gesundheitsängste – eine historische Perspektive

Florian Steger

Einführung: Gesundheitsängste als zivilisatorische Ängste

Wir Menschen sind – ob wir dies nun wollen oder nicht – täglich den Anforderungen und Herausforderungen von Gesundheit und Krankheit ausgesetzt. Im Mittelpunkt steht mittlerweile die Gesundheit und weniger die Krankheit, es geht vornehmlich um Gesundheitsprävention im weiten Markt des Gesundheitswesens. Wir träumen regelrecht von der Gesundheit (Bergdolt 2008), Gesundheit wird zur Heilserwartung (Beck-Gernsheim 2008). Insofern kann es kaum verwundern, dass uns Menschen Ängste um die Gesundheit stark umtreiben: Die ewige Sorge um den Luftzug im Restaurant, vermeintliche Knoten in der Haut, das Stechen in der Brust sind hierfür Beispiele. Teilweise kann diese Sorge bzw. Beschäftigung sogar krank machen. Das folgende deutsche Sprichwort bringt es auf den Punkt: „Angst – ist die Tür zu allen Leiden.“ (Seidl 2010, S. 57).

Nimmt man eine historische Perspektive ein, so kommt einem beim Thema Angst um die Gesundheit rasch die Hypochondrie als übertriebene Selbstbeobachtung aus Sorge um das eigene Wohl in den Sinn, auf die im weiteren Verlauf dieses Beitrags auch noch näher einzugehen ist. Und noch einmal sei ein deutsches Sprichwort bemüht: „Der Hypochonder ist bald kuriert, wenn ihn das Leben recht kujoniert (gemeint ist „schikaniert“)“ (Seidl 2010, S. 233). Unter der hypochondrischen Angststörung (Ermann 2004, S. 210-215) mit einer Prävalenzrate von ca. 1% unterscheidet man krankheitsphobische und körperdysmorphe Störungen. Krankheitsphobische Störung meint, die Angst krank zu sein steigert sich bis zur festen Überzeugung. Panikpatienten neigen zu hypochondrischen Verarbeitungen ihrer erlebten Körperbeschwerden: Ein klassisches Beispiel ist die Herzneurose bzw. Herzhypochondrie, bei der das Leitsymptom der funktionalen Herzbeschwerden im Mittelpunkt stehen. Körperdysmorphe Störung (Dysmorphophobie) meint das Aussehen des Körpers und wird im Sinn einer Erkrankung missinterpretiert: Die Brust ist zu groß oder die Nase ist zu klein. Schließlich kann die Hypochondrie selbst auch ein eigenes Wahnthema sein, das um die Gesundheit kreist. Es besteht dann die nicht korrigierbare, unrichtige Überzeugung krank zu sein. Immanuel Kant sprach von der Hypochondrie schon als einer Art Wahnsinn. Das deutsche Sprichwort „Wer gern an die Gesundheit denkt, dem wird im Leben viel geschenkt“ (Seidl 2010, S. 191) meint es in der Sache zwar gut, zugleich liegt in dieser Sentenz aber jenes Übel der übertriebenen Gesundheitsangst. Man kann die Hypochondrie wie folgt definieren: „Hypochondrie bezeichnet eine auch durch wiederholte Untersuchungen nicht zu widerlegende Überzeugung, an einer Krankheit zu leiden, für die sich kein somatischer Befund erheben lässt.“ (Röder & Overbeck 2002, S. 296). In diesem Zusammenhang ist allerdings zu fragen, inwiefern es sich bei der

Hypochondrie tatsächlich um eine eigene Krankheitsentität handelt; die Symptome sind in der Regel vielgestaltig und immerhin sind, wie auch diese eben dargestellten Differenzierungen zeigen, die Übergänge zu den phobischen Angststörungen und zu den Somatisierungsstörungen fließend. Ursprünglich verstand Sigmund Freud (Röder & Overbeck 2002) die Hypochondrie als Ausdruck eines aktuellen Konflikts ganz somatisch: Sexuelle Erregung kann nicht psychisch verarbeitet werden und geht in hypochondrische Angst über. Erst später reihte Freud dann im Rahmen seiner Überlegungen zum Narzissmus die Hypochondrie in die narzisstischen Neurosen ein, da die libidinöse Besetzung eines Organs bei der Hypochondrie stark zunehme. In der traditionellen Nosologie wird die Hypochondrie zu den Neurosen gezählt (hypochondrische Neurose), welche psychoanalytisch interpretiert pathogenetisch zu verstehen sind. Nach ICD-10 zählt die hypochondrische Störung (F 45.2) zu den Somatisierungsstörungen, wenngleich es sich hier um eine auf den Leib projizierte Angst handelt, das heißt der Körper nur Projektionsfläche ist. Der Körper ist dann als Projektionsfeld zwischen der inneren psychischen und sozialen Außenwelt zu ‚lesen‘. Diese objektbeziehungstheoretische Weiterentwicklung der Triebtheorie geht auf Ferenczi, Schilder und Levy zurück (Röder & Overbeck 2002).

Es wäre verkürzt, Gesundheitsängste allein und ausschließlich als Hypochondrie zu fassen, vielmehr sind Gesundheitsängste zivilisatorische Ängste, welche aus der Herausforderung des Menschen als Kulturwesen mit der Natur erwachsen sind. Im Zuge der Technisierung und Modernisierung nimmt der Mensch hier enorm viel auf sich und geht nicht nur in Anbetracht hieraus resultierender ökonomischer Herausforderungen eine transgenerationale Verantwortung ein. Das im 19. Jahrhundert in die Medizin Einzug nehmende Streben nach Kausalität in Fragen der Gesundheit und Krankheit (Steger 2011a, S. 28-37) lässt uns Menschen zunehmend misstrauisch gegenüber der Umwelt werden – gegenüber vermeintliche Noxe oder Pathogene, aber auch gegenüber Zweite oder Dritte in interaktionellen Verhältnissen: Ganz allgemein entsteht ein auf die im weiteren Sinn zu verstehende Umwelt bezogenes Misstrauen. So erklärt sich auch die Tatsache, dass für ein und dieselbe Sache mehrere zu Rat gezogen werden („doctor hopping“), was wiederum massive und unnötige Kosten verursacht, welche die Solidargemeinschaft zu stemmen hat. Die breite informatorische Basis im Gesundheitswesen, vielseitig, umfangreich und bequem multimedial aufbereitet, trägt zudem wesentlich zu einer Verunsicherung des Menschen bei; man wird im Grunde Tag für Tag aufgefordert, den eigenen Körper einer täglichen Selbstuntersuchung zu unterziehen; die multimediale Einflussnahme stellt die menschliche Selbstgewissheit in Belangen der Gesundheit infrage. Die breite Sorge um die Gesundheit verlangt nach einem reichen Markt an Angeboten für die Gesundheit, der weit über den traditionellen Rahmen hinausreicht. Es erklärt sich damit leicht, warum ganzheitliche Ansätze einer Diätetik, wie diese in der Antike theoretisch gefasst und in der Lebenswelt umgesetzt wurden (Steger 2011b), denen nach nicht nur auf das Kurieren von Krankheiten gesetzt wird, vielmehr das Gesundbleiben, die Salutogenese, im Mittelpunkt stehen, enorme Aktualität haben. So lässt sich auch verstehen, warum

eine regelrechte Life-Style-Bewegung im Gesundheitsmarkt einen breiten Raum einnimmt. Darüber hinaus wollen Patienten, die dann auch gerne Klienten genannt werden, eine sprechende Medizin, in der mehr Zeit für den einzelnen aufgewandt wird und in der nicht nur ein kuratives Angebot unterbreitet wird, vielmehr präventive, salutopädagogische und salutogenetische Angebote zur Verfügung sehen (Steger 2011a, S. 58-65). Dieser Pluralität an Bedürfnissen, nicht zuletzt genährt aus der Angst um die Gesundheit, steht mittlerweile eine Angebotspluralität des Gesundheitsmarktes gegenüber, der komplementärmedizinische Verfahren mit einschließt, auf Ganzheitlichkeit ausgerichtet ist und auch religiöse Bedürfnisse befriedigt, insofern in die Gesundheit die Heilserwartung projiziert wird.

1. Hypochondrie als historisch prominente Manifestation von Gesundheitsängsten

Eine historische Perspektive auf die Gesundheitsängste hat, wie einführend dargestellt, trotz des im Grunde weiter zu fassenden Verständnisses von Gesundheitsängsten, dezidiert die Hypochondrie in den Blick zu nehmen (Baur 1994, Brusset 1998, Fischer-Homberger 1970, La Manna et al. 2005), immerhin hat die Hypochondrie als prominente Manifestation von Gesundheitsängsten Kulturgeschichte geschrieben. Ziel dieser historischen Perspektive ist es, die Hintergründe der weit verbreiteten Gesundheitsängste einführend herauszuarbeiten.

Hypochondrie – Wurzeln in der Antike

Hypochonder sind von Anfang an beschrieben. Die Hypochondrie gab es bereits in der Antike (Leven 2005). Im Corpus Hippocraticum, einer Gruppe von ca. 60 in Alexandria vereinten Schriften, die in die Zeit zwischen 450 und 350 v.Chr. zu datieren sind, ist der Begriff „hypochondrion“ („unter dem Knorpel gelegen“) belegt. Ursprünglich sind mit „hypochondrion“ die unterhalb des knorpeligen Anteils des Brustbeins gelegene anatomische Region (Regio hypochondriaca) bzw. die inneren Eingeweide dieser Gegend oberhalb des Bauchnabels gemeint. In den hippokratischen Schriften ist von einem niedergeschlagenen Mann die Rede, der seine Hand auf die Bauchregion (hypochondria) als Ausdruck seines Schmerzes legt. Die mehr oder weniger zugeschriebene Bezeichnung „Hypochonder“ geht auf die pseudoaristotelische Schrift „Problemata physica“ zurück, in der von einem Leiden „hypochondria pathe“ die Rede ist, welche mit schwarzer Galle in Verbindung gebracht wird. Von dieser ursprünglichen Zuweisung hat sich dann der moderne Typus des Hypochonder herausgebildet. Mit Hypochonder ist schließlich ein hochsensibler Mensch gemeint, der infolge einer übertriebenen Selbstbeobachtung aus Sorge um den Körper auf der Suche nach verschiedenen Krankheiten ist. Es soll nicht behauptet werden, dass die spätere ausdifferenzierte Vorstellung von einem Hypochonder bereits in der Antike konzeptuell vorlag, gar in der Praxis bereits zugewiesen wurde. Geht man aber von der modernen, sehr differenzierten Vorstellung eines Hypochonders aus, so kann man – bei aller Vorsicht im Umgang

mit retrospektiven Zuweisungen bzw. Identifizierungsbemühungen – auch in der Antike einen solchen finden, nämlich Aristides, einem Patienten des Asklepios.

Aristides, Patient des Asklepios und sehr um seine Gesundheit besorgt

Den Prototyp eines solchen modern verstandenen Hypochonders stellt Aelius Aristides dar, der bekannte Fan des griechisch-römischen Heilgottes Asklepios (Steger 2001 und 2004). Aristides, der jahrelang Patient im Asklepieion von Pergamon war, hat über sein Verhältnis zu Asklepios ein ausführliches Krankenjournal (*hieroi logoi*) hinterlassen. „Denn jeder meiner Tage hat seine Geschichte und ebenso jede meiner Nächste, falls jemand, der dabei war, entweder die Begebenheiten aufzeichnen oder die Fürsorge des Gottes schildern wollte, die dieser teils in persönlicher Erscheinung teils durch Sendung von Traumbildern bezeugte, soweit es mir wenigstens vergönnt war, Schlaf zu finden. Doch das kam nur selten vor in den Brandungen meines körperlichen Befindens.“ (1,3). Mit der Abfassung dieser Reden begann Aristides lange Zeit nach seinem Kuraufenthalt während des Winters 170/171 n.Chr. auf seinem Landgut Laneion; hierbei stützte er sich auf seine tagebuchartigen Notizen aus Pergamon. Von Anfang an habe der Gott ihm die Weisung gegeben, seine Träume aufzuschreiben (2,2). Auf diese Niederschrift, die er selbst angefertigt oder, wenn er körperlich nicht dazu imstande war, diktiert hatte, griff er nun zurück.

Ein Beispiel von seiner Reise nach Rom im Winter 144 n.Chr., über die er rückblickend schreibt: „Als ich aus Italien (zu Schiff) nach Hause gebracht wurde, hatte ich mir durch die fortwährenden Krankheitsschmerzen und Unwetter, die ich auf meinem Wege (nach Rom) durch Thrakien und Makedonien zu bestehen hatte, verschiedene körperliche Leiden zugezogen. Ich hatte ja schon krank die Heimat verlassen (...) Das Allermißlichste und Bedenklichste von allem waren meine Erstickungsanfälle, bei denen ich nur unter großer Anstrengung und Hoffnungslosigkeit dann und wann notdürftig einen Atemzug erzwang, und (die Tatsache), dass beständig Halskrämpfe nebenhergingen, dass ich Anfälle von Schüttelfrost hatte und mehr Decken braucht, als ich ertragen konnte. Obendrein hatte ich unsägliche andere Beschwerden.“ (2,5f.).

Es dürfte sich bei den *hieroi logoi* um eine der umfassendsten antiken Selbstreflexionen des eigenen Innenerlebens handeln, in denen Aristides teilweise täglich sein Körpererleben erfasste. Diese ersten Andeutungen lassen mutmaßen, dass Aristides' Selbstzeugnisse die besten Voraussetzungen bieten, um eine Perspektive „von innen“ auf das Körpererleben des Aristides und „von unten“ auf den Kurbetrieb im pergamenischen Asklepieion einzunehmen. Betrachtet man seine Schilderungen näher, wird aber deutlich, dass diese Zeugnisse nicht frei von Übertreibungen und Verzerrungen, gar von Fiktivität, sind. Insofern ist bei einer Interpretation der Aristides-Quelle starke Quellenkritik geboten, zweifelsohne bietet Aristides aber einen Beleg für weit übertriebene Gesundheitsängste.

2. Gesundheitsängste – Thema in der Weltliteratur

Für die übertriebene Sorge um die Gesundheit, die stete Suche nach Krankheit, also für die historisch zu fassende Hypochondrie, lässt sich ein starker Reflex in der Literatur zeigen (La Manna et al. 2005): Die Aufnahme dieses Themas der übertriebenen Angst um die eigene Gesundheit in der Literatur ist deshalb von großem Interesse, da die Literatur als Seismograph der Gesellschaft gelesen werden kann. Literatur zeigt also immer auch, was Teile einer Gesellschaft beschäftigt haben. Dabei stellt die Literatur im Unterschied zur Form des Sachtextes einen weiten Raum der Interpretation bereit und ist insofern als kulturhistorische Quelle von großer Bedeutung (von Jagow & Steger, 2009).

Hypochonder werden als traurig und melancholisch beschrieben. Humoralpathologischen Vorstellungen entsprechend wurden therapeutische Vorschläge der Diätetik unterbreitet, um einen Hypochonder zur Genesung zu verhelfen. Das Zuviel an schwarzer Galle (Melancholie) sollte diätetisch ausgeglichen werden (Steger 2011b). Der Hypochonder möge enge und kleine Räume meiden, er soll an die frische Luft und dort kräftig ein- und ausatmen. Er möge reisen und soll auf seinen Schlaf achten. Es wird ihm eine ausgewogene Ernährung empfohlen, bei der das rechte qualitative wie quantitative Maß einzuhalten ist. Des Weiteren wird dem Hypochonder empfohlen, seine Affekte im Griff zu behalten. Hypochonder wurden ähnlich wie Melancholiker gesehen: So versteht Robert Burton (1577-1640) in „The Anatomy of Melancholy“ (1621) die Hypochondrie als spezifische Form der Melancholie und beschreibt sie als körperliche Krankheit.

Die übermäßige Sorge um Gesundheit und Krankheit wird im 18. Jahrhundert in Form der Melancholie zur Modekrankheit. Die Melancholie ist entsprechend der antiken Autoritäten, zuerst eines Galen, auf die schwarze Galle (melaina chole) zurückzuführen, welche sich im Körper zu stark ausbreitet, vor allem auch das Gehirn in Mitleidenschaft zieht, und von einer Verdauungsstörung im Magen ausgeht. Vom Oberbauch, so die Vorstellung, steigt dann eine schwarzgallige Ausdünstung zum Gehirn auf. Es entstehen dadurch Symptome wie Furcht, Mutlosigkeit und Todessehnsucht. Durch die Bezugnahme auf die Oberbauchgegend ist die Nähe von Melancholie und Hypochondrie plausibel, was soweit geht, dass beide sogar begrifflich eine Einheit bildeten (Melancholia hypochondriaca). Dann geht die Hypochondrie als englische Krankheit in die Literatur ein, wie man an Georg Cheynes „The English Malady; or, a Treatise of Nervous Diseases of all Kinds, as Spleen, Vapours, Lowness of Spirits, Hypochondriacal Distempers“ (1733) sehen kann. Die Hypochondrie ist zu den kulturgebundenen Krankheiten wie die Hysterie oder Melancholie zu rechnen, welche wie beispielsweise die Nervenleiden für das 18. Jahrhundert prominent beschrieben werden können.

Die Hypochondrie wird regelrecht zur Gelehrtenkrankheit. So ist für den Ärtzeliteraten Arthur Schnitzler eine Hypochondrie infolge seines Studiums der Medizin bekannt, wie auch für Thomas Mann, der hierüber sorgfältig Tagebuch schrieb. Kein geringerer als der bekannte Arzt Johann Georg Zimmermann widmet

sich in „Über die Einsamkeit“ (1784/85) der Hypochondrie, und zwar vornehmlich in ihrer gesellschaftlichen Dimension. Eine prominente Bearbeitung eines eingebildeten Kranken hat Molière in seiner weltliterarischen Komödie in drei Aufzügen „Le malade imaginaire“ (1673) vorgelegt und in der Figur des Argan meisterhaft umgesetzt (Köpf 2006, S. 264-267). Der neurotische Argan macht sich und seiner Umwelt das Leben regelrecht zur Hölle. Es werden völlig übertriebene Therapie-maßnahmen beschrieben, die zugleich das Ausmaß der Störung dokumentieren (Auszüge aus dem ersten Auftritt im ersten Aufzug): „(...) Ferner am vierundzwanzigsten, ein gleitfreudiges, vorbereitendes, beruhigendes Klistierchen zwecks Erweichung, Befeuchtung und Erfrischung der Eingeweide des gnädigen Herrn (...) Ferner am gleichen Tag, ein gutes, reinigendes, Klistier, nach ärztlicher Verordnung zusammengestellt aus einer doppelten Dosis Latwerge von Sennesstrauch und Rhabarber, Rosenhonig und andere Ingredienzien um den Unterleib des gnädigen Herrn auszufegen, zu spülen und zu säubern, dreißig Sous (...) So habe ich also in diesem Monat eins, zwei, drei, vier, fünf, sechs, sieben, acht, neun, zehn, elf, zwölf Einläufe; im vorigen Monat waren es zwölf Arzneien und zwanzig Einläufe. Da wundere ich mich nicht, dass es mir in diesem Monat nicht so gut geht wie in den vorhergehenden.“ Argan klagt dabei dann auch noch über seine Einsamkeit: „Einen armen Kranken so allein zu lassen! Klingling, klingling, klingling. Das schreit doch zum Himmel! Klingling, klingling, klingling. O mein Gott, die lassen mich sterben. Klingling, klingling, klingling.“ Er gibt vor, schwer erkrankt zu sein und stellt sich tot, dabei entlarvt er seine Frau. Ob es sich hierbei allerdings um eine Hypochondrie handelt, ist fraglich, da Argan im Grunde simuliert, um Aufmerksamkeit zu bekommen, er will im Mittelpunkt stehen. Er nutzt die Hypochondrie, um beachtet zu werden. Am Ende darf seine Tochter doch den Mann heiraten, den sie liebt. Und die Ärzte werden verspottet, und zwar als Menschen, die Gesunde krank machen. Die Ironie der Geschichte ist, dass Molière bei der vierten Aufführung seines Stücks, als er den Argan spielte, im dritten Akt auf der Bühne zusammenbrach, was das Publikum als schauspielerische Glanzleistung betrachtete, Molière war aber tatsächlich tot zusammengebrochen.

Novalis empfiehlt bei der Hypochondrie ein ausgewogenes Maß Lachen (zu viel kann wiederum zur Hypochondrie führen) und in Theodor Johann Quistorps „Der Hypochondrist“ (1775) wird die Hypochondrie eines jungen Mannes durch Liebe geheilt. Im 19. Jahrhundert tritt dann ein Wandel ein: So sprechen einige Autoren von der Hypochondrie als geistiger Störung mit körperlichen Manifestationen, wie beispielsweise der klinisch tätige Arzt Jean-Pierre Falret in „De l'hypochondrie et du suicide“ (1822). Auch die zahlreichen Frauenfiguren Theodor Fontanes sind meist von hypochondrischen Zügen geprägt, man denke nur an die Effi in seinem Roman „Effi Briest“ (1894/95). Oder aber man erinnere sich auch an die Frauenfiguren bei Gustave Flaubert, wie beispielsweise an die Heldin in „Madame Bovary. Moeurs de province“ (1856). Die Angst vor allen möglichen Krankheiten kommt schließlich auch in den Novellen und Romanen von Italo Svevo zum Ausdruck. In Jerome K. Jeromes Roman „Drei Männer in einem Boot“ (1998)

wird es dann auf die Spitze gebracht, wenn der Protagonist nach der Lektüre einer medizinischen Abhandlung alle dort beschriebenen Krankheiten zu haben glaubt – übrigens ein (nicht nur) unter Studierenden der Medizin sowie Ärztinnen und Ärzte durchaus verbreitetes Phänomen.

3. Sorge um die Gesundheit – eine Herausforderung nicht erst seit der Moderne

Sich um seine Gesundheit zu sorgen, ist ein uns Menschen altes Anliegen. Präventive Ansätze, die auf den ganzen Menschen ausgerichtet sind und nicht vor seiner Umwelt halt machen, sind seit der Antike belegt. Salutopädagogik ist heute wieder „in“ – es gab salutogenetische Ansätze aber bereits vor mehr als 2000 Jahren. Es liegt nahe anzunehmen, dass wir Menschen durch die Herausforderungen der Moderne in Fragen der Gesundheit und Krankheit existentiell erschüttert wurden. Dies trifft sicherlich auch insofern zu, als viele neue Herausforderungen durch technische Neuerungen, durch den Einzug von Schnelligkeit sowie durch die städtischen Veränderungen, uns Menschen beschäftigen. Die Sorge um die Gesundheit treibt uns aber schon länger um – und gerade die übertriebene Sorge, aus der regelrecht Gesundheitängste erwachsen, wie das Beispiel des Aristides prominent zeigt. Wie stark diese Sorgen sein können, gar zur Prägung der Entität Hypochondrie führten, können die literarischen Zeugnisse eindrucksvoll vor Augen führen. Liest man Literatur als gesellschaftlichen Seismograph – damit also als kulturhistorische Quelle – so liegen kulturhistorische Zeugnisse dafür vor, dass uns die häufig übertriebene Sorge um die Gesundheit, sei es intrinsisch motiviert, sei es extrinsisch beispielsweise durch mediale Einflussnahme verursacht schon sehr lange Zeit beschäftigt und wohl auch weiterhin fordern wird.

Literatur

- Baur, S. (1994). Die Welt der Hypochonder. München: dtv.
- Beck-Gernsheim, E. (2008). Welche Gesundheit woll(t)en wir? Neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bringen auch neue Kontrollen, Entscheidungszwänge und -konflikte. In: D. Schäfer, A. Frewer, E. Schockenhoff, V. Wetzstein (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart: Steiner, 115-126.
- Bergdolt, K. (2008). Der Traum von der Gesundheit. In: D. Schäfer, A. Frewer, E. Schockenhoff, V. Wetzstein (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Stuttgart: Steiner, 17-28.
- Brusset, B. (1998). L'Hypochondrie. Paris: Presses Univ. France Coll.
- Ermann, M. (2004): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 4. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer-Homberger, E. (1970). Hypochondrie. Melancholie bis Neurose: Krankheiten und Zustandsbilder. Bern: Huber.

- Jagow, B., Steger, F. (2009). Was treibt die Literatur zur Medizin. Ein kulturwissenschaftlicher Dialog. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- La Manna, F., Jagow, B. von, Steger, F. (2009): Hypochondrie. In: B. von Jagow, F. Steger (Hrsg.): Literatur und Medizin. Ein Lexikon. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, Sp. 386-389.
- Leven, K.-H. (2005): Hypochonder. In: K.-H. Leven (Hrsg.): Antike Medizin. Ein Lexikon. München: Beck, Sp. 447-448.
- Köpf, G. (2006). ICD-10 literarisch. Mit einem Vorwort und Kommentaren von Hans-Jürgen Möller. Wiesbaden: Dt. Univ.-verlag.
- Röder, C. H., Overbeck, G. (2002). Hypochondrie. In: W. Mertens, B. Waldvogel (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, 296-300.
- Seidl, H. A. (2010). Medizinische Sprichwörter. Das große Lexikon deutscher Gesundheitsregeln. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Steger, F. (2001). Medizinischer Alltag in der römischen Kaiserzeit aus Patientensperspektive: P. Aelius Aristides, ein Patient im Asklepieion von Pergamon. *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*, 20, 45-71.
- Steger, F. (2004). Asklepiosmedizin. Medizinischer Alltag in der römischen Kaiserzeit. Stuttgart: Steiner.
- Steger, F. (2011a). GTE Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steger, F. (2011b). Diätetik und gesunde Lebensführung in der Antike. In: Hoefert, H.-W., Klotter, C. (Hrsg.). *Gesunde Lebensführung – kritische Analyse eines populären Konzepts*. Bern: Huber, 19-29.