

Barbara Stec-Szczęśna, Marek Żebrowski

II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Szpital Wolski w Warszawie

Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu lęku o zdrowie

Cognitive-behavioral conception of treatment of hypochondriasis

Abstract

The aim of this monograph was to present cognitive-behavioral conception of treatment of hypochondriasis. Description of cognitive models research on effectiveness of this kind disorder was presented.

Psychiatry 2016; 13, 2: 77–83

Key words: cognitive-behavioral therapy, psychiatric disturbances, hypochondriasis

Wstęp

Hipochondria należy do grupy zaburzeń somatyzacyjnych. Chory odczuwa lęk przed zachorowaniem, sprawia wrażenie gotowości na wystąpienie nowych objawów poważnej choroby fizycznej (zawał, udar, nowotwór), czemu zawsze towarzyszą lęk i ciągłe poszukiwanie dowodów na istnienie choroby [1, 2]. Mechanizmem spustowym dla wystąpienia objawów może być usłyszana, przeczytana czy obejrzana w środkach masowego przekazu informacja o chorobie. Pacjent jest nadmiernie skoncentrowany na sygnałach z ciała i fizjologicznych odczuciach (najczęściej z układu trawiennego i krążenia). Uważa je za oznaki patologii, co prowadzi do tworzenia „czarnych scenariuszy” [3–5]. Nawet nieznaczne odstępstwa od normy i pomniejsze dolegliwości są interpretowane jako objawy poważnej choroby.

W *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-4) nie uwzględniono, że może współistnieć diagnoza choroby somatycznej oraz zaburzeń somatyzacyjnych. Kładziono wręcz nacisk, aby objawy nie mogły być wyjaśnione istnieniem organicznej jednostki chorobowej. W DSM-5 założono, że pacjenci mogą mieć zdiagnozowaną chorobę organiczną, ale zgłaszane przez nich objawy są nieproporcjonalne do powagi rzeczywistej choroby [6].

Rozpoznanie hipochondrii zostało usunięte z DSM-5 ze względu na pejoratywne skojarzenia, co wpływało na niską efektywność relacji terapeutycznej. Osoby, które wcześniej były diagnozowane jako pacjenci hipochondryczni mający znaczące objawy somatyczne z towarzyszącym wysokim poziomem lęku, według DSM-5 otrzymują rozpoznanie określone jako zaburzenie z lękiem przed chorobą (IAD, *illness anxiety disorder*) [7, 8].

Neligh [9] wyróżnia dwa typy zespołu hipochondrycznego. Pierwszy występuje tylko w następstwie działania stresora, a wtórny — w przebiegu innych chorób psychicznych.

Ważne badania nad stresem przeprowadzili w 1967 roku Thomas Holmes i Richard Rahe, psychiatrzy z Washington University w Seattle. Alternatywna koncepcja stresu Holmesa i Rahe’a bazuje na pojęciu stresorów. Stresorem określili bodziec wywołujący stres. Tak powstał słynny kwestionariusz *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS) [10].

Podobnie jak w zaburzeniach somatyzacyjnych chorzy podważają lub odrzucają zapewnienia lekarskie o braku podstaw do rozpoznania choroby. Zdarza się, że pacjenci po wykonaniu badań, których wyniki wskazują na brak rozpoznania choroby somatycznej, odczuwają krótkotrwałą otuchę. W ciągu kolejnych dni narastają jednak wątpliwości co do rzetelności wyników badań oraz kompetencji lekarza i chory zaczyna poszukiwać innego lekarza [9]. Może się też zdarzyć, że chory dochodzi do wniosku, iż zagraża mu inna groźna choroba, i domaga się kolejnych badań [11].

Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Stec-Szczęśna
II Klinika Psychiatryczna WUM, Szpital Wolski
Oddział psychiatryczny dzienny
Kasprzaka 17, 01–211 Warszawa
e-mail: BStec@wolski.med.pl

Problemem może być nastawienie pacjentów do pracowników medycznych oraz związane z tym negatywne oczekiwania. Często chorzy skupiają się na szczegółowym opisywaniu dolegliwości somatycznych i nie dopuszczają do siebie myśli o możliwości podłoża psychologicznego ich schorzenia. Ponadto, samo podjęcie terapii może być wykorzystane przez pacjenta jako próba udowodnienia braku jej efektywności, a co za tym idzie zaprzeczenie psychologicznemu podłożu zaburzeń i ponowne skierowanie uwagi jedynie na tło somatyczne.

Niektóre źródła podają, że przekonania w hipochondrii mają kształt idei nadwartościowych. Pacjent może zaakceptować brak podstaw do obaw, ale nie przestaje o nich rozmyślać i podąża w tym samym kierunku. Gdy przekonania o istnieniu choroby są na poziomie urojeń, pacjent powinien być leczony jak przy zaburzeniach urojeniowych [12].

Zaburzenia funkcjonowania (wypadnięcie z ról zawodowych, społecznych i rodzinnych) może być większe niż u pacjentów z ciężkimi chorobami psychicznymi lub przewlekłymi chorobami somatycznymi [13, 14]. Inni autorzy podkreślają, że zaburzenia funkcjonowania w hipochondrii są porównywalne do depresji i zaburzeń lękowych [15, 16].

Terapeuci często zwracają uwagę na wtórne korzyści z choroby (zwalnianie z obowiązków i przywileje chorego). Według Carsona chory wysyła do otoczenia dwa komunikaty, że zasługuje na więcej troski i opieki oraz zwolnienie z obowiązków. Z czasem chory może zacząć odczuwać coraz mniej zrozumienia ze strony bliskich, wstydzić się i ukrywać dolegliwości, ale nadal szuka pomocy u specjalistów [17].

Hipochondria tak jak pozostałe zaburzenia somatyzacyjne w dużym stopniu dotyczy pacjentów POZ [18, 19]. Należą one do trudno poddających się leczeniu zaburzeń psychicznych dla lekarzy i wiążą się także z dużym poziomem niezadowolenia pacjentów [20, 21], są trudne do zdiagnozowania [22, 23]. Część autorów uważa, że kryteria rozpoznawania dla hipochondrii są zbyt restrykcyjne, i proponują ich zmianę [24, 25].

Rozpowszechnienie zaburzeń hipochondrycznych mieści się w szerokich granicach 0,8–10,3%, ale większość badań wskazuje na około 3% [26–32]. Co ciekawe, Rief wykazała, że pojedyncze objawy somatyzacyjne występują u niemal 30% pacjentów [33].

Największym problemem związanym z leczeniem jest fakt, iż pacjenci nie zgadzają się, że nie mają fizycznej choroby i nie chcą poddać się terapii lub z niej rezygnują [34, 35]. Celem terapeuty jest pomoc choremu w radzeniu sobie z lękiem, podczas gdy głównym celem chorego może być uzyskanie wsparcia terapeuty, aby dowieść istnienia schorzenia somatycznego oraz pominięcia przez

lekarzy jakiś objawów lub badań. Ważne jest, aby nie rezygnować z leczenia, by jak najwcześniejsza terapia ograniczyła, czy wręcz zahamowała adaptację pacjenta do roli chorego [36]. Skuteczne leczenie w znaczący sposób może redukować koszty opieki zdrowotnej [37, 38], które są, co często podkreślają autorzy z różnych krajów, bardzo wysokie [39–48].

Różnicowanie zaburzeń hipochondrycznych wymaga wykluczenia chorób somatycznych i organicznego ich podłoża. Najlepiej jest jak najszybciej przeprowadzić diagnostykę, gdyż podczas procesu wykonywania badań pacjent zwraca większą uwagę na sygnały płynące z doznań fizjologicznych i staje się wrażliwy na zmiany w funkcjonowaniu swojego ciała, czemu towarzyszą lęk i poczucie zagrożenia. Zaburzenie hipochondryczne najgorzej rokuje co do trwałej poprawy [49] (tab. 1). Zaburzenie hipochondryczne najczęściej współwystępuje z zaburzeniami nastroju (głównie z depresją), lękowymi (lęk napadowy i uogólniony, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne) i zaburzeniami osobowości [32, 52–58]. Szacuje się, że ponad 50% przypadków tych zaburzeń współwystępuje z lękiem uogólnionym, natomiast u 15–30% pacjentów z hipochondrią mogą występować choroby somatyczne [27]. Wyniki badań dowodzą, że objawy najbardziej zbliżają hipochondrię do zaburzeń lękowych. Z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym łączy ją intruzyjne myśli i powtarzalność zachowań, natomiast z lękiem panicznym — skupienie na objawach, katastrofizacja, fałszywe interpretacje objawów fizjologicznych. Oprócz tego istnieją podobne zachowania zabezpieczające, tj. rytuały, czy poszukiwanie otuchy [59].

Leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne

Leczenie hipochondrii jest trudne. Metody farmakologiczne powinny być jedynie uzupełnieniem psychoterapii. Wymienia się leki ziołowe, przeciwdepresyjne, niektóre neuroleptyki i leki o działaniu adrenolitycznym. Z psychoterapii najbardziej polecana jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT [*cognitive behavioral therapy*]), krótkoterminowa zorientowana na problem, aby rozerwać mechanizm błędnego koła wchodzenia w rolę chorego), terapia rodzin (gdy dominuje złe funkcjonowanie rodziny pacjenta) i psychoterapia systematyczna (długoterminowa) restrukturyzująca (prowadząca do zmiany niektórych elementów osobowości). Podkreśla się też dobry kontakt terapeuty z lekarzem pierwszego kontaktu [47]. Leczenie CBT jest porównywalne pod względem skuteczności do SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*): paroksetyny, fluoksetyny [60, 61]. Najwięcej badań dotyczących skuteczności leczenia przeprowadzono dla CBT [60–68]. Pacjenci dobrze

Tabela 1. Kryteria rozpoznania według *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* [50, 51]

Table 1. *Diagnosis criteria for hypochondriasis according to ICD-10* [50, 51]

<p>A. Występuje którekolwiek z następujących:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utrwalone, utrzymujące się co najmniej 6 miesięcy, przekonanie o występowaniu maksimum dwóch poważnych chorób somatycznych, z których co najmniej jedną pacjent wyraźnie określa 2. Utrwalone koncentrowanie się na domniemanej zmianie postaci lub kształtu ciała <p>B. Koncentrowanie się na tym przekonaniu i objawach powoduje utrwalone cierpienie i zakłóca jednostkowe funkcjonowanie w codziennym życiu, a także skłania pacjenta do poszukiwania leczenia lub badań medycznych</p> <p>C. Uporczywe odrzucanie zapewnień lekarskich o braku adekwatnej, fizycznej przyczyny tych somatycznych objawów (krótkotrwała aprobatą takiego zapewnienia, tj. utrzymująca się do kilku tygodni, a czasie badań lub bezpośrednio po nich, nie wyklucza tego rozpoznania)</p> <p>D. Najczęściej stosowane przesłani wykluczenia. Objawy te występują wyłącznie podczas którejś z postaci zaburzeń schizofrenicznych lub pokrewnych (F20-F29, szczególnie F22) lub podczas któregoś z zaburzeń nastroju (F30-F39)</p>
--

ją tolerują, w badaniach kontrolnych wykazano 75% redukcję objawów [69–71].

Ważnym aspektem jest odpowiednie i realistyczne ustalenie celu terapii oraz czasu jej trwania. Błędne jest jedynie podważanie przekonania o zachorowaniu na poważne schorzenie. Terapia powinna zmierzać do starania się wyjaśnienia problemu w sposób bardziej wiarygodny, co praktycznie realizowane jest poprzez podważanie przekonań o chorobie oraz budowanie bardziej alternatywnego modelu. W terapii poznawczo-behavioralnej stosuje w tym celu eksperymenty behawioralne.

Założenia na temat zagrożeń zdrowia i zachowania zabezpieczające są wynikiem poprzednich doświadczeń, w tym informacji docierających poprzez środki masowego przekazu i mogą być używane jako dowody o istnieniu poważnej choroby i podtrzymywać lęk. Na chorobę wpływają różne zachowania, tj. sprawdzanie (monitorowanie) ciała i czujność dotycząca doznań somatycznych, poszukiwanie otuchy, unikanie, a także procesy poznawcze (ruminacje i zniekształcenia poznawcze). Jedni pacjenci stosujący unikanie jako sposób radzenia sobie z lękiem mogą unikać lekarzy, instytucji ochrony zdrowia, programów w telewizji na tematy medyczne. Inni zaś poszukują upewnienia, częściej chodząc do lekarzy, wykonując zbędne badania i operacje. W hipochondrii dochodzi do aktywacji schematów dotyczących zdrowia i choroby przez stres. Pacjenci używają selektywnej uwagi do wychwytywania informacji potwierdzających schematy przy braku prawidłowych atrybucji. W ten sposób pacjenci selektywnie zauważają i zapamiętują fakty, które odpowiadają

ich negatywnym przekonaniom o chorobie. Często zwracają uwagę na wygląd i czynności fizjologiczne, które wcześniej ignorowali. Wielokrotne sprawdzanie ciała może prowadzić do podrażnień, które stają się potwierdzeniem nieznanego schorzenia [72–78]. Cel leczenia CBT stanowi pomoc w uświadomieniu pacjentom, że ich problem jest związany z martwieniem się o chorobę, a nie z rzeczywistym zachorowaniem. Jako narzędzia używa się identyfikacji i zmiany niewłaściwych interpretacji objawów, pomoc w tworzeniu bardziej realistycznych interpretacji, restrukturyzacja wyobraźni, modyfikacja dysfunkcyjnych przekonań. Przy reatrybucji używa się eksperymentów behawioralnych [79]. Dowiedziono, że stres nasila objawy somatyczne, wobec czego przydatne także staje się nauczanie zarządzania czasem, treningi asertywności i rozwiązywania problemów [80]. Trening asertywności to postawa i sposób postępowania zmierzające do wyrażania swoich emocji, proszenia i odmawiania, co uzyskuje się dzięki samoświadomości i wiedzy, czego pacjent tak naprawdę chce i oczekuje. W opozycji do tej postawy stoją zachowania uległe i agresywne oraz manipulowanie, z czym można mieć do czynienia w kontakcie z pacjentem z zaburzeniami hipochondrycznymi. Wielu autorów dowodzi, że pod wpływem CBT dochodzi do redukcji lęku oraz częstości wizyt lekarskich [81–83].

Kluczowe treści poznawcze i eksperymenty behawioralne

Kluczowe treści poznawcze dotyczą przekonania o potrzebie bycia odpowiedzialnym, co podtrzymuje zaabsor-

bowanie i obawy. Wiążą się z tym: lęk przed pominięciem czegoś ważnego, poszukiwanie informacji medycznych oraz badań i zachowania sprawdzające.

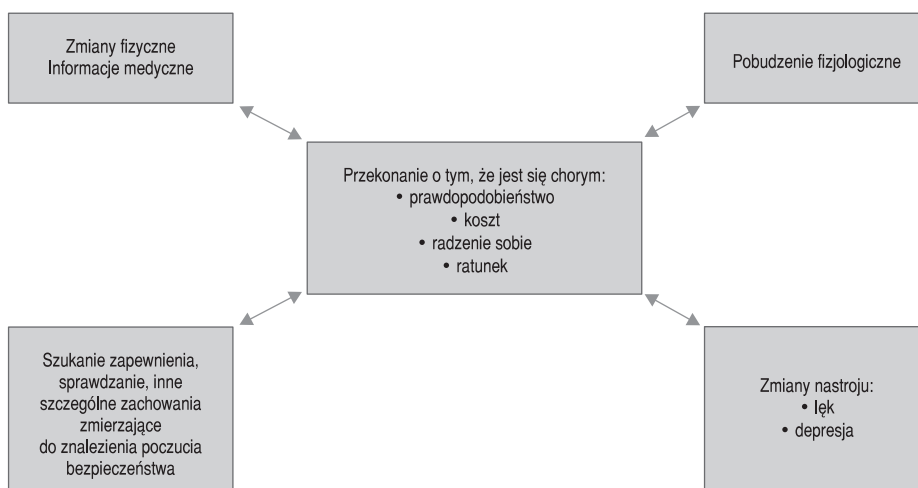
Aby je przetestować, warto zaproponować pacjentowi eksperymenty behawioralne. Jeżeli pacjent jest zaabsorbowany poszukiwaniem nieprawidłowości, można mu zaproponować prowadzenie zapisu częstotliwości pojawiania się myśli o istnieniu jakiejś patologii oraz skalowania towarzyszącego lęku, natomiast sprawdzanie ciała i koncentrowanie się na objawach jest dozwolone co dwa dni. Chodzi o to, żeby pacjent zobaczył, że więcej lęku i natrętnych myśli pojawia się w dniach, kiedy sprawdzanie ciała jest dozwolone, a co za tym idzie, aby zredukować poziom przekonania o istnieniu jakiejś poważnej choroby somatycznej. Można zaproponować na sesji skupianie się na określonej części ciała i opisywanie doznań, aby pokazać wpływ selektywnej uwagi na odbiór bodźców. Inny eksperyment może dotyczyć odkładania wizyty u lekarza i pomiary lęku w tym okresie, aby pokazać błędne koło pogłębiające lęk. Pacjentowi wyszukującemu informacje w środkach masowego przekazu można polecić zaniechanie tych czynności ze skalowaniem lęku, aby pokazać, że wyszukiwanie takich informacji nakręca spiralę lęku. W pewnych sytuacjach można na sesji razem z pacjentem przesadnie stosować zachowania zabezpieczające porównując rezultaty, aby pokazać, iż właśnie zachowanie zabezpieczające może być źródłem objawów. Z kolei z chorym „zalewającym” lekarza podczas wizyty mnogością skarg można na sesji odgrywać rolę lekarza i pacjenta, którego zadaniem

jest skupienie się tylko na najważniejszych szczegółach i odpowiadaniu na pytania w celu poprawienia relacji i otrzymania właściwej pomocy.

Inne przekonania dotyczą tematu zdrowia, choroby i śmierci. Pacjenci uważają, że są bardziej podatni na zachorowanie, które wiąże się z dużymi kosztami, a ponadto zdrowi ludzie, w przeciwieństwie do nich, nie mają żadnych objawów. W celu przetestowania tych przekonań i zmniejszenia wiary w nie pacjent może zrobić ankietę wśród znajomych pytając ich o doświadczane objawy i ich częstotliwość. Podobnie, pacjent zamartwiający się kosztem swojej choroby i ewentualnej śmierci może przygotować ankietę z pytaniami dla osób bliskich, jak poradziłyby sobie, gdyby jej zabrakło. Można także w ramach eksperymentu razem z pacjentem wykonywać ruchy fizyczne, aby pokazać, że doznania mogą mieć miejsce w wyniku użycia mięśni w różny sposób.

Pozostałe przekonania dotyczą efektów lęku i zamartwiania się, w tym szkodliwego wpływu lęku na zdrowie oraz przekonań na temat myśli powodujących chorobę lub jej zapobiegających. Tu można proponować eksperymenty związane z próbą utraty kontroli nad myślami oraz eksperymenty dotyczące przewidywania.

Na wczesnym etapie leczenia nie odkrywa się i nie kwestionuje przekonań pacjenta, aby nie dać mu do zrozumienia, że się je lekceważy, co mogłoby doprowadzić do zbyt wczesnej rezygnacji z terapii. Ta powinna się opierać na współpracy, wykonywaniu zadań domowych i zaufaniu. Warto do niej zachęcić pacjenta, zapraszając do testowania dwóch hipotez — albo pacjent rzeczywiście jest



Rycina 1. Hipotetyczne czynniki zaangażowane w podtrzymywanie poważnego lęku o zdrowie [87]

Figure 1. Hypothetical factors engaged in sustain hypochondriasis [87]

chory na niezdiagnozowane schorzenie somatyczne, albo pacjent się zamartwia możliwością jej istnienia i terapia może być pomocna w przezwycięzeniu tego lęku poprzez proponowanie eksperymentów behawioralnych [84, 85]. Leczenie hipochondrii jest zbliżone do terapii zaburzeń lękowych. Główny cel stanowi likwidacja przekonania o prawdziwości błędnych interpretacji objawów. Po konceptualizacji modyfikuje się poznawcze i behawioralne reakcje odpowiedzialne za podtrzymywanie dysfunkcyjnych przekonań [86]. Zawsze należy też pamiętać o leczeniu zaburzeń współistniejących, gdyż mogą znacząco wpływać i modyfikować przebieg terapii (ryc. 1).

Prezentowany tekst to w zamyśle autorów przegląd piśmiennictwa i przypomnienie podstawowych wiadomości dotyczących lęku o zdrowie, a równocześnie wskazanie

terapii poznawczo-behawioralnej jako udokumentowanej metody leczenia tego typu zaburzeń. Wysokie wymagania, stres, napięcie psychiczne wzmagać mogą występowanie zaburzeń typu hipochondrii, a tym samym silnie obciążać system opieki zdrowotnej szczególnie na poziomie lekarza rodzinnego stąd warto poruszać ten temat. Czasochłonność procedur diagnostycznych oraz ponoszone koszty finansowe mogą zostać obniżone, gdy zaczniemy patrzeć na pacjenta w szerszym kontekście społecznym, rozumiejąc zgłaszane objawy jako informację o stanie psychicznym i jego problemach. Być może dobrym kierunkiem będzie znalezienie narzędzia przesiewowego, które jeśli nie określi to przynajmniej zbliży badającego do typu zaburzeń jakie prezentuje pacjent, a tym samym w krótszym czasie pomóc w indywidualnym cierpieniu.

Streszczenie

Celem pracy jest prezentacja podejścia poznawczo-behawioralnego w leczeniu hipochondrii. Przedstawiono opis modelu i efektywność terapii tego zaburzenia

Psychiatria 2016; 13, 2: 77–83

Słowa kluczowe: *terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia psychiczne, hipochondria*

Piśmiennictwo:

1. Czabała J.C. Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: Strelau J. Psychologia. Tom 3. GWP, Gdańsk 2002: 585.
2. Leder S. Nerwice. W: Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. Wyd. II. PZWL, Warszawa 2001.: 299.
3. Kirmayer B., Laurence J., Robbins J.M., Paris J. Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J. Abnorm. Psychol.* 1994; 103: 125–136.
4. Barsky A.J., Ahern D.K., Bailey E.D., Saintfort R., Liu E.B., Peekna H.M. Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 783–787.
5. Rief W., Hiller W., Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J. Abnorm. Psychol.* 1998; 107: 587–595.
6. Morrison J. DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. WUJ. Kraków 2016: 288–291.
7. Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. Edra Urban& Partner. Wrocław 2015: 158.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association 2013: 315–318.
9. Neligh G.L. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną — zespoły somatopodobne. W: Scully J.H. (red.). Psychiatria. Urban& Partner, Wrocław 1998: 238.
10. Rahe R.H., Meyer M., Smith M., Kjaer G., Holmes T.H. Social stress and illness onset. *J. Psychosom. Res.* 1964; 8: 35–44.
11. Cierpiatkowska L. Psychopatologia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR. Warszawa 2007: 416–417.
12. Semple D., Smith R., Burns J., DarjeeR., Macintosh A. Oksfordzki podręcznik psychiatrii. Wydawnictwo Czelej. Wyd. I. Lublin 2007: 869–870.
13. Hiller W., Rief W., Fichter M. How disabled are patients with somatoform disorders? *Gen. Hosp. Psychiatry* 1997; 19: 432–438.
14. Smith G.R., Monson R.A., Ray D.C. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch. Intern. Med.* 1986; 146: 69–72.
15. Kroekke K., Spitzer R.L., de Gruy F.V. i wsp. Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch. Gen. Psychiatry* 1997; 54: 352–358.
16. deWaal M.W., Arnold I.A., Eekhof J.A., van Hemert A.M. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br. J. Psychiatry* 2004; 184: 470–476.
17. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. Psychologia zaburzeń. GWP, Sopot 2003.
18. Noyes R. Jr, Holt C.S., Kathol R.G. Somatization. Diagnosis and management. *Arch. Fam. Med.* 1995; 4: 790–795.
19. Oyama O., Paltoo C., Greengold J. Somatoform disorders. *Am. Fam. Physician* 2007; 76: 1333–1338.
20. Hahn S.R., Thompson K.S., Wills T.A., Stern V., Budner N.S. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J. Clin. Epidemiol.* 1994; 47: 647–657.
21. Jackson J.L., Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch. Intern. Med.* 1999 24; 159: 1069–1075.
22. Kroenke K., Mangelsdorff A.D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am. J. Med.* 1989; 86: 262–266.
23. Hahn S.R. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann. Intern. Med.* 2001; 134: 897–904.
24. Dimsdale J.E., Dantzer R. A biological substrate for somatoform disorders: importance of pathophysiology. *Psychosom. Med.* 2007; 69: 850–854.

25. Gureje O., Ustün T.B., Simon G.E. The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychol. Med.* 1997; 27: 1001–1010.
26. Fink P., Ørnbøl E., Toft T., Sparle K.C., Frostholm L., Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 1680–1691.
27. Kaplan H.J., Sadock B.J. *Psychiatria kliniczna*. Wyd I. Urban&Partner, Wrocław 1998: 118–120.
28. Creed F., Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J. Psychosom. Res.* 2004; 56: 391–408.
29. Gureje O., Simon G.E., Ustun T.B., Goldberg D.P. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154: 989–995.
30. Bhui K., Hotopf M. Somatization disorder. *Br. J. Hosp. Med.* 1997; 58: 145–149.
31. Escobar J.I., Rubio-Stipec M., Canino G., Karno M. Somatic symptom index [SSI]: a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989; 177: 140–146.
32. Escobar J.I., Gara M., Waitzkin H., Silver R.C., Holman A., Compton W. DSM-IV hypochondriasis in primary care. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1998; 20: 155–159.
33. Rief W., Hessel A., Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom. Med.* 2001; 63: 595–602.
34. Barsky A.J., Ahern D.K. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1464–1470.
35. Bass C., Benjamin S. The management of chronic somatisation. *Br. J. Psychiatry* 1993; 162: 472–480.
36. Barsky A.J., Ettner S.L., Horsky J., Bates D.W. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med. Care* 2001; 39: 705–715.
37. Rief W., Martin A., Rauh E., Zech T., Bender A. Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics* 2006; 47: 304–311.
38. Smith G.R. Jr, Monson R.A., Ray D.C. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N. Engl. J. Med.* 1986; 314: 1407–1413.
39. Ewald H., Rogne T., Ewald K., Fink P. Somatization In patients newly admitted to a neurological department. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989; 89: 174–179.
40. Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol. Med.* 1992; 22: 173–180.
41. Hansen M.S., Fink P., Frydenberg M., Ochoj M., Sondergaard L., Munk-Jorgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J. Psychosom. Res.* 2001; 50: 199–204.
42. Kirmayer L.J., Robbins J.M. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1991; 179: 647–655.
43. Gureje O., Simon G.E., Ustun T.B., Goldberg D.P. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154: 989–995.
44. Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J. Psychosom. Res.* 1992; 36: 439–447.
45. Fink P., Sorensen L., Engberg M., Holm M., Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatic* 1999; 40: 330–338.
46. Escobar J.I., Golding J.M., Hough R.L., Karno M., Burnam M.A., Wells K.B. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *Am. J. Public Health* 1987; 77: 837–840.
47. Barsky A.J., Ettner S.L., Horsky J., Bates D.W. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med. Care* 2001; 39: 705–715.
48. Simon G.E. Psychiatric disorder and functional somatic symptoms as predictors of health care use. *Psychiatr. Med.* 1992; 10: 49–59.
49. Siwak-Kobayashi M. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną [somatoformiczne]. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Robakowski J., Wiórka J. (red.). *Psychiatria*. Tom 2. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2002: 503–510.
50. ICD-10, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, UWM „Versalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997.
51. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badań kryteria diagnostyczne w ICD-10, UWM „Versalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1998.
52. Ford C.V. Dimensions of somatization and hypochondriasis. *Neurol. Clin.* 1995; 13: 241–253.
53. Noyes R. Jr, Kathol R.G., Fisher M.M., Phillips B.M., Suelzer M.T., Woodman C.L. Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1994; 16: 78–87.
54. Tyrer P., Fowler-Dixon R., Ferguson B., Kelemen A. A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *J. Psychosom. Res.* 1990; 34: 637–642.
55. Abramowitz J.S., Deacon B.J., Valentiner D.P. The Short Health Anxiety Inventory in an undergraduate sample. Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cogn. Ther. Res.* 2007; 31: 871–883.
56. Barsky A.J., Wyshak G., Latham K.S., Klerman G.L. The relationship between hypochondriasis and medical illness. *Arch. Intern. Med.* 1991; 151: 84–88.
57. Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L. Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 101–108.
58. Noyes R. Jr. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1999; 21: 8–17.
59. Olatunji B.O., Deacon B.J., Abramowitz J.S. Is hypochondriasis an anxiety disorder? *Br. J. Psychiatry* 2009; 194: 481–482.
60. Greeven A., van Balkom A.J., Visser S. i wsp. Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164: 91–99.
61. Fallon B.A., Liebowitz M.R., Salmán E. i wsp. Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1993; 13: 438–441.
62. Barsky A.J., Ahern D.K. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1464–1470.
63. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom. Med.* 2007; 69: 881–888.
64. Looper K.J., Kirmayer L.J. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002; 70: 810–827.
65. Bleichhardt G., Timmer B., Rief W. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms — a randomised controlled trial in tertiary care. *J. Psychosom. Res.* 2004; 56: 449–454.
66. Martin A., Rauh E., Fichter M., Rief W. A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics* 2007; 48: 249–303.
67. Barsky A.J., Geringer E., Wool C.A. A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1988; 10: 322–327.
68. Warwick H.M., Marks I.M. Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *Br. J. Psychiatry* 1988; 152: 239–241.
69. Warwick H.M., Salkovskis P.M. Hypochondriasis. *Behav. Res. Ther.* 1990; 28: 105–117.
70. Warwick H.M., Clark D.M., Cobb A.M., Salkovskis P.M. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br. J. Psychiatry* 1996; 169: 189–195.
71. Visser S., Bouman T.K. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behav. Res. Ther.* 2001; 39: 423–442.
72. Barsky A.J., Coeytaux R.R., Sarnie M.K., Cleary P.D. Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *Am. J. Psychiatry* 1993; 150: 1085–1089.
73. Hadjistavropoulos H.D., Craig K.D., Hadjistavropoulos T. Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behav. Res. Ther.* 1998; 36: 149–164.
74. Barsky A.J. Hypochondriasis: medical management and psychiatric treatment. *Psychosomatics* 1996; 37: 48–56.
75. Barsky A.J. Implication, somatization and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33: 28–34.
76. Rief W., Nanke A. Somatization disorder from a cognitive-psychobiological perspective. *Curr. Opin. Psychiatry* 1999; 12: 733–738.
77. Sharpe M., Bass C. Pathophysiological mechanisms in somatization. *Int. Rev. Psychiatry* 1992; 4: 81–97.
78. Sensky T. Causal attributions in physical illness. *J. Psychosom. Res.* 1997; 43: 565–573.

79. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A. i wsp. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 1998; 173: 218–225.
80. DeLongis A., Coyne J.C., Dakof G. i wsp. The relationships of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology* 1982; 1: 119–136.
81. Warwick H.M., Clark D.M., Cobb A.M., Salkovskis P.M. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br. J. Psychiatry* 1996; 169: 189–195.
82. Clark D.M., Salkovskis P.M., Hackmann A. i wsp. psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 1998; 173: 218–225.
83. Seivewright H., Green J., Salkovskis P., Barrett B., Nur U., Tyrer P. Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2008; 193: 332–337.
84. Silver A., Sanders D., Morrison N., Cowey C. Lęk o zdrowie. W: Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M., Hackmann A., Mueller M., Westbrook D. (red.). *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*. Alliance Press, Gdynia 2005: 77–94.
85. Leahy R.L. *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka*. WUJ, Kraków 2008.
86. Wells A. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. WUJ, Kraków 2010: 156–194.
87. Clark D.M., Fairburn Ch.G. *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*. Alliance Press, Gdynia 2006: 295–319.