

Kocjan Janusz. Hipochondria (lęk o zdrowie): obecna konceptualizacja, klasyfikacja oraz podobieństwo do zaburzeń lękowych = Hypochondriasis (health anxiety): current conceptualization, classification and overlap with anxiety disorders. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(5):193-204. ISSN 2391-8306. DOI [10.5281/zenodo.17582](https://doi.org/10.5281/zenodo.17582)
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2015%3B5%285%29%3A193-204>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/559804>
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17582>
Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014
<http://journal.rsw.edu.pl/index.php/JHS/issue/archive>

Deklaracja.

Specyfika i zawartość merytoryczna czasopisma nie ulega zmianie.
Zgodnie z informacją MNiSW z dnia 2 czerwca 2014 r., że w roku 2014 nie będzie przeprowadzana ocena czasopism naukowych; czasopismo o zmienionym tytule otrzymuje tyle samo punktów co na wykazie czasopism naukowych z dnia 31 grudnia 2014 r.

The journal has had 5 points in Ministry of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Part B item 1089. (31.12.2014).

© The Author (s) 2015;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland and Radom University in Radom, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 15.02.2015. Revised 27.04.2015. Accepted: 08.05.2015.

HIPOCHONDRIA (LĘK O ZDROWIE): OBECNA KONCEPTUALIZACJA, KLASYFIKACJA ORAZ PODOBIENSTWO DO ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Hypochondriasis (health anxiety): current conceptualization, classification and overlap with anxiety disorders

Janusz Kocjan

Wydział Lekarski, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska
Faculty of Medicine, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

STRESZCZENIE

Klasyfikacja i rozpoznanie hipochondrii od zawsze stanowiło poważny problem oraz budziło wiele wątpliwości. W ostatnich latach związaną z tym problematykę określono w literaturze mianem jednego z najbardziej kontrowersyjnych i trudnych obszarów nowoczesnej psychiatrii. W świetle dotychczasowych podziałów taksonomicznych, hipochondria przez długi czas klasyfikowana była jako zaburzenie somatyczne. Konceptyjnie jednak, najlepiej rozumiana jest jako zaburzenie lękowe (lęk o zdrowie). Kilka teoretycznych modeli stara się wyjaśnić przyczyny występowania oraz utrzymywania ciężkiego lęku o zdrowie (kliniczna forma hipochondrii), m.in. model poznawczo-behawioralny oraz model interpersonalny.

Słowa kluczowe: hipochondria, lęk o zdrowie, DSM-V, ICD-10.

SUMMARY

Classification and diagnosis of hypochondria has always been a serious problem and raised a many doubts. In literature, this problem have been described recently as one of the most difficult and challenging areas of modern psychiatry. In the light of previous taxonomic studies, hypochondria was classified as a somatoform disorders for a long time. However, conceptually is best understood as an anxiety disorder (health anxiety). Several theoretical model endeavour to

explain the development and maintenance of severe health anxiety (clinical form of hypochondriasis), including cognitive-behavioral model and interpersonal model.

Key words: hypochondriasis, health anxiety, DSM-V, ICD-10.

WPROWADZENIE

Zasadniczą cechą lęku o zdrowie (hipochondrii) jest przekonanie o posiadaniu poważnej choroby bądź predysponowaniu do jej nabycia. Przeświadczenie to utrzymuje się pomimo zapewnień ze strony lekarza o braku jakichkolwiek przesłanek, mogących sugerować występowanie poważnej patologii. W niektórych sytuacjach, lęk o zdrowie może współistnieć z chorobą somatyczną. W tych przypadkach, charakterystyczne jest występowanie obaw, które są nieproporcjonalne względem pierwotnego schorzenia [1].

Niektórzy badacze sugerują, że lęk o zdrowie ma konstrukcję dychotomiczną. Na jej podstawie wyodrębnić można grupy osób z niskim bądź wysokim poziomem obaw o swoje zdrowie [2]. Inne badania wskazują na wymiarowy konstrukt, w którym lęk o zdrowie istnieje jako kontinuum w zakresie od minimalnych obaw z nim związanych do nadmiernego niepokoju zdrowotnego, jako teoretycznych wartości skrajnych [3-5]. Łagodny oraz umiarkowany stopień jego nasilenia jest zjawiskiem pożądanym. Pełni on funkcję ochronną, motywując do korzystania z pomocy medycznej w sytuacjach, w których jest ona uzasadniona. Dla przykładu, obawa związana z wystąpieniem bólu w klatce piersiowej u osoby z przebytą chorobą serca w wywiadzie, może spowodować natychmiastowe wezwanie karetki pogotowia w momencie rzeczywistego pojawienia się bólu, zmniejszając w ten sposób ryzyko zgonu [6,7]. Klinicznie istotny problem występuje wtedy, gdy lęk o zdrowie jest nieproporcjonalny do ryzyka medycznego. Brak lub niewielkie nasilenie lęku o zdrowie, wiąże się z ignorowaniem lub minimalizowaniem znaczenia potencjalnych sygnałów, które wskazywać mogą na występowanie choroby oraz unikaniem wizyt lekarskich. W konsekwencji może to prowadzić do progresji choroby, a nawet śmierci [6]. Natomiast uporczywie utrzymująca się przez dłuższy czas, jego ekstremalna forma (ciężki lęk o zdrowie), bardzo często prowadzi do występowania osobistego cierpienia, zaburzeń funkcjonowania społecznego i zawodowego, a także nadmiernego wykorzystania usług medycznych [6,8].

PRZYCZYNY POWSTAWANIA ORAZ WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ

W etiologii i patogenezie klinicznej formy hipochondrii (ciężki lęk o zdrowie), szczególną rolę przypisuje się mylnej interpretacji powszechnych i zazwyczaj nieszkodliwych objawów somatycznych oraz wszelkich innych informacji istotnych dla zdrowia, które interpretowane są jako dowód toczącego się procesu chorobowego oraz generują szereg niepokojących emocji. Przykładowo, ból głowy odbierany może być jako obecność guza mózgu, kaszel jako pierwsze symptomy gruźlicy płuc, a ból brzucha jako spowodowany rzadko spotykanym zaburzeniem żołądkowo-jelitowym. Ciężki lęk o zdrowie może również występować w sytuacji braku jakichkolwiek objawów fizycznych [1]. Kilka teoretycznych modeli stara się wyjaśnić przyczyny powstawania oraz utrzymywania się ciężkiego lęku o zdrowie, a także poszukuje optymalnego sposobu jego leczenia. Należą do nich przede wszystkim model poznawczo-behawioralny [6, 9-12] oraz model interpersonalny [13-16].

Teoria poznawczo-behawioralna (ang. Cognitive-Behavioral Theory - CBT)

Zaproponowany przez Salkovskis i Warwick model poznawczo-behawioralny hipochondrii wywodzi się z kognitywnej teorii psychopatologii Becka. Zakłada ona, że zaburzenia emocjonalne wynikają z wypracowania negatywnych schematów poznawczych i dysfunkcyjnych przekonań na temat własnej osoby i świata [17]. Dla przykładu negatywny obraz siebie, świata i przyszłości leży u podstaw depresji, podczas gdy podstawowe przekonania o społecznej niekompetencji i jej negatywnej ocenie są przejawem fobii społecznej (ang. *Social Phobia*). W przypadku hipochondrii, nawykowa tendencja do mylnej interpretacji istotnych z punktu widzenia zdrowia informacji jako bardzo groźnych, jest wynikiem sytuacyjnych, ale błędnych założeń dotyczących zdrowia i choroby. W rzeczywistości jednak, większość osób co najmniej raz w życiu doświadcza negatywnej, czy też nawet katastroficznej interpretacji istotnych dla zdrowia informacji, skupiając swoją uwagę na odczuwanych zmianach. Epizody te mają jednak charakter przemijający. Uzyskanie zapewnienia ze strony lekarza o braku przesłanek chorobowych przynosi znaczną ulgę oraz powoduje redukcję bądź całkowitą eliminację lęku. Kluczem do wyjaśnienia stanów, w których lęk o zdrowie nie zanika lub ulega nasileniu – stając się dominującym punktem w życiu, jest zrozumienie przyczyn powodujących jego utrzymywanie się. Koncepcja ta opiera się na mechanizmie błędnego koła. Czynniki wyzwalające objawy somatyczne prowadzą do spostrzeżenia niebezpieczeństwa, a następnie do podwyższenia poziomu lęku. Powoduje to wzrost fizjologicznego napięcia oraz zaabsorbowanie spostrzeżoną zmianą. W dalszej kolejności pojawiają się myśli interpretujące obecne symptomy jako oznakę poważnej choroby. W rezultacie dochodzi do nasilenia objawów, a ich wzrost interpretowany jest jako kolejny dowód toczącego się procesu chorobowego. Efektem tego jest wzrost spostrzeganego niebezpieczeństwa oraz zwrócenie większej uwagi na funkcjonowanie własnego ciała. Każdy z opisanych procesów napędzany jest

przekonaniami o możliwym zagrożeniu. Paradoksalnie prowadzi to do utrzymywania się obaw, które w normalnych warunkach powinny ulec wygaszeniu. Mimo że udział poszczególnych czynników nie został dokładnie określony, wyróżnić jednak można cztery główne typy procesów, które zaangażowane są w utrzymywanie tego stanu. Są to: selektywne przetwarzanie informacji, reakcje fizjologiczne, sprawdzanie i poszukiwanie zapewnień oraz zmiany emocjonalne (w szczególności lęk i depresja) [6, 9-12].

Model interpersonalny (ang. Interdimensional Model of Health Anxiety - IMHA)

Model ten stanowi przeciwieństwo omówionej wcześniej teorii poznawczo-behawioralnej, bardzo silnie akcentując rolę i znaczenie relacji interpersonalnych w rozwoju i utrzymywaniu się zaburzeń hipochondrycznych. Według IMHA, hipochondria jest formą zachowania mającego wzbudzić troskę, która znajduje wyraz w dolegliwościach fizycznych. Poprzez niewyjaśnione objawy somatyczne osoby z tym zaburzeniem poszukują emocjonalnego oraz interpersonalnego wsparcia od członków rodziny oraz lekarzy. Potrzeba takiego wsparcia jest wynikiem negatywnego stylu wychowania i/lub doświadczenia choroby w okresie dzieciństwa. Brak opieki rodzicielskiej może powodować postrzeganie innych osób jako nierzetelnych w zapewnieniu wystarczającej opieki. Z kolei przebyte choroby oraz urazy mogą potęgować strach przed separacją oraz wzmacniać zachowania mające na celu poszukiwanie zapewnień. W rzeczywistości jednak, ciągła manifestacja potrzeby więzi wywołuje reakcję odrzucenia ze strony innych. W obliczu utrzymujących się niewyjaśnionych dolegliwości, również lekarze kwestionują zasadność zgłaszanych objawów. Tak więc, zamiast uzyskania pewności, pacjent ostatecznie otrzymuje potwierdzenie o niezdolności lub niechęci opiekunów do zapewnienia opieki. [13-16].

KLASYFIKACJA

Termin „hipochondria” wywodzi się z greckiego słowa „hypochondriakós”. Po raz pierwszy został on użyty ponad 2000 lat temu w celu opisania dolegliwości umiejscowionej w okolicach podżebrza i górnej części brzucha. Na przestrzeni wieków zmieniał on wielokrotnie swoje znaczenie. Najpierw termin ten stosowano w odniesieniu do różnorodnych chorób fizycznych, następnie do zaburzeń funkcji mózgu, aż wreszcie określano nim pacjentów cierpiących na depresję i melancholię. Dopiero w XIX wieku hipochondryk został opisany jako osoba cierpiąca na chorobę bez uchwytnej przyczyny [18]. Obecna jej nozologia związana jest z klasyfikacjami ICD (ang. *International Classification of Diseases and Related Health Problems*) [19] oraz DSM (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) [20].

Hipochondria według klasyfikacji ICD-10

Zgodnie z obecnie obowiązującą 10 edycją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), istotą zaburzeń hipochondrycznych jest uporczywe i trwałe zaabsorbowanie możliwością posiadania jednego lub więcej poważnych i postępujących zaburzeń somatycznych, trwające przez okres co najmniej 6 miesięcy. Pacjenci notorycznie manifestują skargi somatyczne lub wykazują uporczywe zaabsorbowanie swoim wyglądem. Normalne i powszechne odczucia (np. ból głowy, szybsze bicie serca) interpretowane są jako niepokojące i świadczące o chorobie, a cała uwaga skupia się zwykle na jednym bądź dwóch narządach lub układach organizmu. Często występuje wyraźna depresja lub lęk, co może uzasadniać dodatkowe rozpoznanie [19].

Hipochondria według klasyfikacjach DSM

Pierwsze próby jej systematyzacji podjęte zostały już ponad 60 lat temu. W pierwszej edycji klasyfikacji DSM, hipochondria nie została jednak opisana jako odrębne zaburzenie, lecz uwzględniona jako jedna z psychoneuroz. Formalnie ujęta i zdefiniowana jako nerwica hipochondryczna (ang. *Hypochondriacal Neurosis*) została dopiero w kolejnej odsłonie (DSM-II). Jej definicja była krótka i koncentrowała się na zaabsorbowaniu własnym ciałem oraz strachu przed domniemaną chorobą pochodzącą z różnych narządów. Jednakże trudność w odróżnieniu jej od nerwicy neurastenicznej, czy też nerwicy histerycznej wymusiła konieczność dalszych prac nad jej taksonomią. W kolejnej rewizji (DSM-III) hipochondrię przyporządkowano do grupy zaburzeń pod postacią somatyczną. Opisano ją jako trwałe zaabsorbowanie bądź też przekonanie o występowaniu poważnej choroby, które oparte jest na mylnej interpretacji objawów fizycznych, sugerujących jej występowanie, lecz nie pozwalających się wytłumaczyć za pomocą znanych mechanizmów fizjologicznych. Stwierdzono ponadto, że dokładne badanie fizykalne nie tłumaczy objawów, a strach lub przekonanie pacjenta nie znika po uzyskaniu wielokrotnych zapewnień ze strony lekarza o braku choroby.

W DSM-IV poczyniono tylko niewielkie zmiany. Wprowadzono kryterium minimalnego czasu utrzymywania się zaburzeń, które określono na 6 miesięcy. Ponadto przekonanie o występowaniu choroby nie mogło mieć intensywności urojeniowej (pacjent w pewnym stopniu zdaje sobie sprawę, że jego obawy mogą być nadmierne), nie ogranicza się tylko i wyłącznie do występowania obaw związanych ze swoim wyglądem (jak ma to miejsce w przypadku dysmorfofobii) oraz nie może zostać lepiej wytłumaczone za pomocą innego rozpoznania psychiatrycznego [18,21,22]. Główną wadą DSM-III oraz DSM-IV było nadmierne przywiązywanie wagi do medycznie niewyjaśnionych objawów, które stały się swoistą „wizytówką” tego typu zaburzeń [20].

Zasadnicze zmiany nastąpiły wraz z wprowadzeniem najnowszej klasyfikacji DSM-V.

Zgodnie z nią osoby, którym oprócz silnie wyrażonego lęku o swoje zdrowie towarzyszą dolegliwości fizyczne, ujęci zostaną w kategorii zaburzeń objawów somatycznych (**zespół objawów somatycznych**) (ang. *Somatic Symptom Disorder, SSD*). Natomiast osoby, które charakteryzują się wysokim nasileniem lęku o zdrowie, ale bez występujących dolegliwości fizycznych, otrzymają diagnozę zaburzeń chorobowo-lękowych (ang. *Illness Anxiety Disorder, IAD*). Wyjątek stanowią sytuacje w których lęk o zdrowie może zostać lepiej wytłumaczony obecnością innych zaburzeń lękowych, takich jak uogólnione zaburzenia lękowe (ang. *Generalized Anxiety Disorder, GAD*) [20]. Diagnozę SSD stawia się pacjentom spełniającym następujące kryteria: występują u nich niepokojące objawy somatyczne, które utrzymują się przez okres dłuższy niż 6 miesięcy oraz związane są z nieprawidłowymi i nadmiernie wyrażonymi myślami, uczuciami i zachowaniami, zazwyczaj objawiającymi się nieproporcjonalną katastrofizacją oraz wysokim poziomem lęku [23]. W obecnym ujęciu, hipochondria została wyeliminowana jako zaburzenie. Po części dlatego, że nazwa odbierana była jako pejoratywna i nie sprzyjająca skutecznej relacji terapeutycznej. Co więcej, dodanie oceny dotkliwości zaburzeń, umożliwiła postawienie rozpoznania w zależności od stopnia jego nasilenia, począwszy od zaburzeń o charakterze łagodnym, przez umiarkowane, aż do zaburzeń w stopniu ciężkim [24,25]. Ostatnio przeprowadzone badania pokazały, że diagnoza SSD pozwala zidentyfikować większą liczbę pacjentów z zaburzeniami tego typu niż jego prekursor – DSM-IV [26].

PODOBIENSTWO HIPOCHONDRII DO ZABURZEŃ LĘKOWYCH

W świetle przedstawionych na poprzednich stronach opracowania podziałów taksonomicznych, hipochondria przez długi czas klasyfikowana była jako zaburzenie somatyczne. Koncepcyjnie jednak najlepiej rozumiana jest jako zaburzenie lękowe, co już wcześniej zostało dostrzeżone i podkreślone przez innych badaczy. Opisywane przez nich mechanizmy poznawczo-behawioralne, są wynikiem obserwacji popartych ustaleniami empirycznymi, że objawy hipochondrii pokrywają się z pewnymi zaburzeniami lękowymi (zwłaszcza - lękiem napadowym, zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi oraz niektórymi z typów specyficznych fobii) [27].

Hipochondria a lęk napadowy

Główną cechą lęku napadowego (ang. *Panic Disorder, PD*) są ataki paniki, które obejmują nieoczekiwane i powtarzające się epizody intensywnego lęku z towarzyszącymi objawami fizycznymi, takimi jak: przyspieszone bicie serca, ból w klatce piersiowej, duszność, mrowienie, parestezje czy zawroty głowy. Mimo, że napady nie są związane z realnym zagrożeniem (występujące objawy fizyczne są po prostu tymi, które towarzyszą zwykłemu pobudzeniu), osoby z zespołem lęku napadowego często mają skłonność do przypisywania tych objawów przyczynom

organicznym, np. zawałowi serca, udarowi mózgu, chorobom płuc czy innym poważnym schorzeniom [28]. W związku z powyższym, zarówno pacjenci z HC, jak i PD, często decydują się na zasięgnięcie porad medycznych u wielu specjalistów oraz sugerują konieczność przeprowadzenia szeregu rozległych i dodatkowych badań, w nadziei na znalezienie przyczyn powodujących występowanie opisywanych przez nich objawów [29]. Cechą różnicującą obydwie typy zaburzeń jest czas utrzymywania się objawów oraz rola jaką pełni w nich lęk. Podczas gdy hipochondria charakteryzuje się występowaniem długotrwałego lęku i obaw, lęk napadowy składa się z krótkotrwałych ataków pobudzenia autonomicznego, podczas których zaobserwować można ich wyraźny początek oraz trwający kilka minut szczyt nasilenia, po którym następuje całkowita eliminacja pobudzenia. Dlatego pacjenci cierpiący z powodu lęku napadowego doświadczają bezpośredniego zagrożenia, podczas gdy pacjenci z hipochondrią obawiają się późniejszych skutków [30].

Hipochondria a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne

Podobieństwo odnotowuje się również pomiędzy hipochondrią a zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (ang. *obsessive-compulsive disorder*, OCD). Występuje ono na dwóch poziomach. Pierwszym, a zarazem najmniej koncepcyjnie przekonującym jest podobieństwo powierzchowne. Uważa się, że sama obecność uporczywych, niepokojących myśli oraz powtarzających się zachowań, zarówno w OCD, jak i w HC, oznacza związek między tymi dwoma stanami. Jednak rozpatrzenie fenomenologii na poziomie funkcjonalnym pozwala na lepsze zrozumienie natury tych zaburzeń. Opiera się ono na występowaniu pewnego stopnia zbieżności (konwergencji) pomiędzy zachowaniem a przekonaniem. Powiązanie to jest tym bardziej prawdopodobne, gdy zaangażowana jest w nie percepcja zagrożenia – w tym przypadku lęk. Zarówno w hipochondrii, jak i w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, przekonania o dysfunkcji wiążą się ze wzrostem subiektywnego lęku i niepokoju (przecenienie prawdopodobieństwa i dotkliwości choroby), a wysiłki aby sprawdzić czy szukać zapewnień o objawach są związane z bezpośrednim zmniejszeniem lęku. Innymi słowy, kompulsyjne rytuały w OCD oraz sprawdzanie i poszukiwanie odpowiedzi w hipochondrii służą zachowaniu poczucia bezpieczeństwa, które ma na celu przywrócić dobre samopoczucie i stopień pewności co do przyszłości [31-33]. Ponadto pacjenci z HC i OCD podlegają tym samym rodzajom terapii (np. terapia poznawczo-behawioralna) [34] oraz leczeniu farmakologicznemu [35]. Kliniczne podobieństwo tych zaburzeń, w tym odpowiedzi na leczenie, doprowadziły niektórych badaczy do przypuszczeń, że zaburzenia te mogą być wywoływane tym samym procesem patofizjologicznym, który prawdopodobnie wiąże się z upośledzoną czynnością przedniej części prądkowia. Sugeruje to występowanie wspólnego, limbicznego szlaku aktywacji pomiędzy tymi zaburzeniami [36].

Oprócz opisanych powyżej podobieństw, pacjenci z HC różnią się od pacjentów z OCD w co najmniej dwóch ważnych aspektach. Mimo że pacjenci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi równie często doświadczają podwyższonej czujności dotyczącej bodźców cielesnych, to jednak obydwie te zaburzenia różnią się od siebie kolejnością pojawiania się poszczególnych, charakterystycznych dla nich objawów. U pacjentów z OCD początkowo występują obsesyjne i natrętne myśli związane z możliwością zachorowania na poważną chorobę, które w konsekwencji prowadzą do powstawania i narastania wyraźnego niepokoju i cierpienia somatycznego. W odróżnieniu od nich, pacjenci z HC w pierwszej kolejności doświadczają objawów fizycznych, a dopiero później pojawia się ich mylna interpretacja - w kontekście myśli związanych z występowaniem poważnej choroby. Nie można również wykluczyć, że pacjenci z HC cierpią z powodu innych objawów fizycznych (rozproszonych i niejasnych objawów związanych z chorobą), niż ma to miejsce w przypadku pacjentów z OCD, którzy głównie doświadczają objawów lękowych w postaci tachykardii czy pocenia się. Ponadto, o ile u osób z HC, obawy dotyczą możliwości rozwoju poważnej choroby i starań, aby jak najszybciej wykryć pierwsze jej symptomy (np. poprzez wykonywane samobadanie, poszukiwanie informacji o chorobie na podstawie zaobserwowanych objawów), o tyle pacjenci z OCD martwią się, aby nie zachorować, a ich uwaga koncentruje się głównie na wykonywaniu czynności mających na celu zapobieżenie bądź zmniejszenie ryzyka zachorowania (np. częste mycie rąk) [37].

Hipochondria a fobia chorobowa

Najmniejsze podobieństwo występuje między hipochondrią a niektórymi z typów specyficznych fobii np. fobią chorobową (ang. *Illness Phobia*, IP) czy też inaczej chorobliwym lękiem przed zachorowaniem. Wiodący objaw osiowy obejmuje irracjonalny strach przed chorobą, objawiający się unikaniem konkretnych bodźców istotnych dla zdrowia oraz sytuacji, które przypominają o chorobach lub związane są z potencjalnym zwiększeniem ryzyka zachorowania (np. wizyta w szpitalu, korzystanie z publicznych toalet). Wspólny rdzeń etiologiczny obydwu tych zaburzeń stanowi zatem tylko lęk przed chorobą. Różnice pomiędzy nimi nie zostały dokładnie zbadane, jednakże w oparciu o analizę serii przypadków, klinicyści są w stanie wyodrębnić cechy różnicujące te dwa zaburzenia. I tak, w odróżnieniu od hipochondrii, poza objawami somatycznymi, w postaci trudnych do zidentyfikowania dolegliwości bólowych, występują tu również mdłości oraz nagłe wahania poziomu energii. Ponadto w przypadku fobii chorobowej, zaangażowanie koncentruje się na pojedynczych objawach lub na wybranej jednostce chorobowej, natomiast lęk hipochondryczny skupiony jest wokół wielu objawów fizjologicznych. Pacjenci Ci zdają sobie również sprawę z bezzasadności swoich obaw oraz wykazują tendencję do unikania zachowań czy też miejsc predysponujących ich do

zachorowania, czego nie obserwujemy w hipochondrii, a co jest charakterystyczne dla zaburzeń fobicznych [27,38].

PODSUMOWANIE

Obawa o swoje zdrowie występuje we wszystkich grupach wiekowych i stanowi normalną, adaptacyjną odpowiedź ustroju na zmiany w nim zachodzące. Dla większości osób obawy te mają charakter przemijający. Jednak w niektórych przypadkach mogą stanowić podłoże dla rozwoju lęku o zdrowie lub hipochondrii. Model poznawczo-behawioralny odrzucił dychotomiczny konstrukt tego zaburzenia, konceptualizując go na osi continuum, na której poważne i uporczywe objawy określone zostały mianem „hipochondrii”. O ile, łagodne czy też umiarkowane nasilenie lęku o zdrowie sprzyja procesowi leczenia, o tyle jego brak lub nadmierne nim zaabsorbowanie może powodować zgoła odmienne rezultaty.

Współczesne ujęcie hipochondrii wiąże się przede wszystkim z klasyfikacjami DSM oraz ICD. Porównując obydwa systemy klasyfikacyjno-diagnostyczne, można dostrzec pewną unifikację zawartej w nich terminologii, jak również istotne różnice, które między nimi występują. W obu aktualnych klasyfikacjach (ICD-10, DSM-V), hipochondria opisana została jako zaburzenie przewlekłe (trwające co najmniej 6 miesięcy), charakteryzujące się przekonaniem o posiadaniu poważnej choroby. Na tym jednak podobieństwo między tymi dwoma systemami klasyfikacyjnymi się kończy, bowiem koncepcyjnie znajdują się one na przeciwległych biegunach medycznego myślenia, gdzieś pomiędzy medycyną ogólną a psychiatrią. Różnice pomiędzy nimi dotyczą przede wszystkim zaabsorbowania własnym wyglądem. W DSM zaburzenia dysmorfofobiczne stanowią odrębną jednostkę diagnostyczną, natomiast w przypadku ICD-10 stanowią jedną ze składowych zaburzeń hipochondrycznych. Należy również zwrócić uwagę, że w przypadku DSM-V, obecność dolegliwości fizycznych o niejasnej etiologii nie stanowi podstawy do postawienia diagnozy. Rozpoznanie zaburzeń objawów somatycznych oparte jest o sprecyzowane kryteria, a nie jak ma to miejsce w ICD-10, formułowane na podstawie braku wyjaśnienia występujących objawów. Kryteria te dotyczą obszarów myśli, uczuć i zachowań – czyli sfery psychologicznej. Dzięki temu pacjenci z zespołem zespołu jelita drażliwego, przewlekłym zmęczeniem czy też fibromialgią nie będą kwalifikowani do rozpoznania tego typu zaburzeń [39]. Pomimo, iż na przestrzeni ostatnich lat wydawać się może, że tworząca coraz to nowsze definicje zaburzeń - psychiatria, ma ciągły problem z jednoznacznym rozstrzygnięciem, co jest hipochondrią, a co nią nie jest, to nowy kierunek taksonomii obrany w DSM-V wydaje się być uzasadnionym rozwiązaniem.

PIŚMIENNICTWO

Tyrer H. Tackling Health Anxiety: A CBT Handbook. The Royal College of Psychiatrist; London 2013; 3-4. ISBN: 9781908020901.

- Asmundson GJG, Taylor S, Carleton RN, Weeks JW, Hadjistavropoulos HD. Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using factor mixture modeling in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26: 246–251.
- Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety. *Psychological Medicine* 2009; 39: 277–285.
- Longley SL, Broman-Fulks JJ, Calamari JE, Noyes R, Wade M, Orlando CM. A taxometric study of hypochondriasis symptoms. *Behavior Therapy* 2010; 41: 505–514.
- Ruscio J, Kaczetow W. Differentiating categories and dimensions: Evaluating the robustness of taxometric analyses. *Multivariate Behavioral Research* 2009; 44: 259–280.
- Taylor S, Asmundson GJG: *Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach*. Guilford; New York 2004.
- Asmundson GJG, Abramowitz J, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports* 2010; 12: 306–312.
- Asmundson GJG, Taylor S. Health anxiety and its disorders. In: *Handbook of assessment, conceptualization, and treatment*. Eds. Hersen M, Rosqvist J. Wiley; New York 2007; 701-727.
- Warwick HM, Salkovskis P.M. Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 1990; 28: 105–117.
- Williams PG. The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research* 2004; 28: 629–644.
- Abramowitz JS, Schwartz SA, Whiteside SP. A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings* 2002; 77: 1321–1330.
- Salkovskis PM, Warwick HM, Deale AC. Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2003; 3(3): 353-367.
- Noyes R Jr, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, Yagla SJ. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 292–300.
- Birnie KA, Sherry SB, Doucette S, Sherry DL, Hadjistavropoulos HD, Stewart SH. The Interpersonal Model of Health Anxiety: Testing predicted paths and model specificity. *Personality and Individual Differences* 2013; 54: 856–861.
- Williams P, Smith T, Jordan K. Health anxiety and hypochondriasis: Interpersonal extensions of the cognitive-behavioral perspective. In: *Interpersonal processes in the anxiety disorders*. Ed. Beck JG. American Psychological Association, Washington, DC 2010; 261-284.
- Sadava S, Busseri M, Molnar D, Perrier C, DeCourville N. Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships* 2009; 26: 604–633.

- Beck AT, Emery G, Greenberg R. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. Basic Books; New York 1985.
- Berrios G. Hypochondriasis: history of the concept. In: Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady. Eds. Starcevic V, Lipsett D, Oxford University Press; Oxford 2001; 3-28.
- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 10th Revision. Online version. Dostępne na: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A New, Empirically Established Hypochondriasis Diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1680-1691.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
- Dimsdale J, Creed F. DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders: The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV: a preliminary report. *J Psychosom Res* 2009; 66: 473-476.
- Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013; 12(2): 92-98.
- Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 2013. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. APA, 2012. Dostępne na: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, Herzog A, Meyer B, Langs G, Löwe B. Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder - comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *J Psychosom Res.* 2012; 73 (5): 345-50.
- Noyes R. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiat* 1999; 21: 8-17.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders. Guilford Press; New York 2002.
- Deacon BJ, Lickel J, Abramowitz JS. Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22: 344-350.
- Salkovskis PM, Clark DM. Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1993; 15: 23-48.
- Fallon BA, Qureshi, AI, Laje G, Klein B: Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 605-616.
- Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis related to OCD, panic disorder, or both? An

empirical evaluation. *J Cogn Psychother* 2008; 22: 115-127.

Olatunji BO, Deacon BJ, Abramowitz JS. Is hypochondriasis an anxiety disorder? *The British Journal of Psychiatry* 2009; 194: 481-482.

Barsky AJ, Ahem DK. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 1464-1470.

Oosterbaan DB, van Balkom AJ, van Boeijen CA, et al. An open study of paroxetine in hypochondriasis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001; 25: 1023-1033.

van den Heuvel OA, Mataix-Cols D, Zwieter G, Cath DC, van der Werf YD, Groenewegen HJ, et al. Common limbic and frontal-striatal disturbances in patients with obsessive compulsive disorder, panic disorder and hypochondriasis. *Psychol Med* 2011; 1-12.

Greeven A, van Balkom AJLM, van Rood YR, van Oppen P, Spinhoven P. The Boundary Between Hypochondriasis and Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Study from the Netherlands. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1682-1689.

Marks I. *Fears, phobias, and rituals*. Oxford University Press; New York 1987.

Dimsdale JE, Levenson J. What's Next for Somatic Symptom Disorder? *Am J Psychiatry* 2013; 170: 13-1395.