

Barbara Kosmala, Sławomir Bukowski

## MECHANIZMY I TERAPIA HIPOCHONDRII W ŚWIETLE KONCEPCJI POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

### MECHANISMS AND THERAPY OF HYPOCHONDRIA FROM A COGNITIVE-BEHAVIOURAL PERSPECTIVE

Poradnia Zdrowia Psychicznego Centralnej Wojskowej Przychodni Lekarskiej „CePeLek”  
Kierownik: dr n. med. Sławomir Bukowski

**hypochondria  
cognitive-behavioural therapy  
and theory**

*W pracy przedstawiono mechanizmy hipochondrii z perspektywy koncepcji poznawczo-behawioralnej. Zaprezentowano też najnowszą wiedzę dotyczącą teoretycznej konceptualizacji oraz klinicznych i empirycznych danych wypracowanych w ramach tego systemu. Autorzy przedstawili wynikające z nich propozycje leczenia. Całość zilustrowano przykładem klinicznym.*

**Summary:** The article presents the mechanisms of hypochondria from a cognitive-behavioural perspective. It also describes the newest knowledge about theoretical conceptualisation, clinical and empirical data elaborated in this system. The authors present treatment proposals derived from them. The whole is illustrated by clinical example.

#### Wstęp

Jedną z podstawowych zasad podejścia poznawczo-behawioralnego jest weryfikacja empiryczna [1], stąd przedstawione w pracy modele i zasady terapii poznawczo-behawioralnej oraz proponowane oddziaływania terapeutyczne wywodzą się z dorobku naukowego wypracowanego w ramach tego podejścia.

W wyjaśnianiu istoty lęku o zdrowie autorzy przypisują szczególną rolę błędnej interpretacji symptomów cielesnych jako istotnemu aspektowi tego zaburzenia [2, 3, 4, 5, 6]. Takie ujęcie odwołuje się do amerykańskiej klasyfikacji chorób – DSM-IV, której autorzy opisują omawiane zaburzenie między innymi jako nadmierny lęk przed zachorowaniem lub przekonanie, że się jest poważnie chorym. U ich podstawy leżą błędne interpretacje symptomów cielesnych [7]. Najogólniej można powiedzieć, że w poznawczym modelu hipochondrii wyróżnia się fizjologiczne, afektywne, behawioralne i poznawcze czynniki, które są powiązane z tymi błędnymi interpretacjami dotyczącymi własnych dolegliwości. Zakłada się istnienie interakcji tych czynników z przekonaniami i założeniami jednostki. Razem tworzą one mechanizm podtrzymujący zaburzenie. Według tego modelu jednostka błędnie interpretuje symptomy także z powodu własnych przekonań i założeń, jakie ukształtowały się w wyniku jej dotychczasowych relacji z otoczeniem.

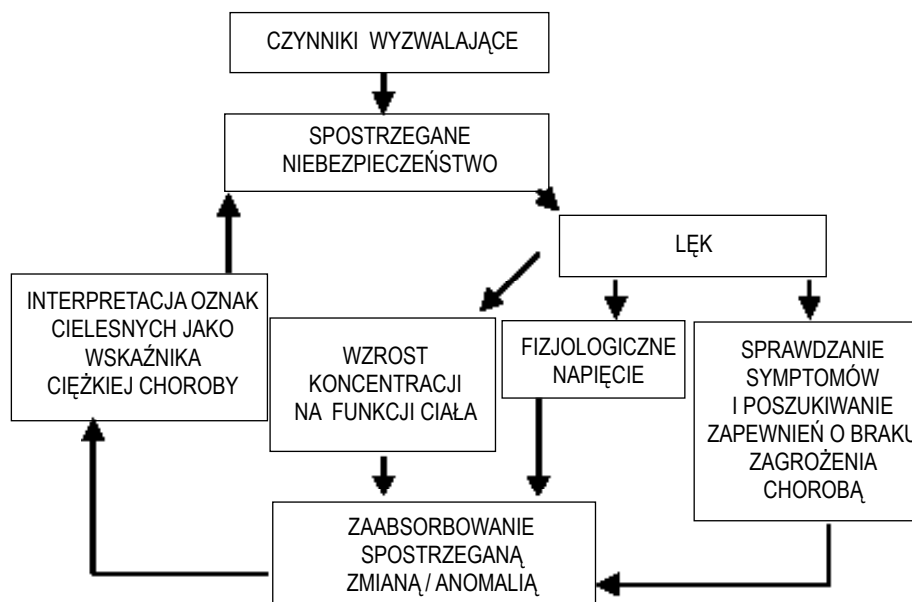
Doniesienia empiryczne potwierdzają, że poznawczo-behawioralna terapia jest efektywną i specyficzną metodą w stosunku do pacjentów z zaburzeniami hipochondrycznymi [np. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

### Konceptualizacja zaburzeń hipochondrycznych z perspektywy poznawczo-behawioralnej

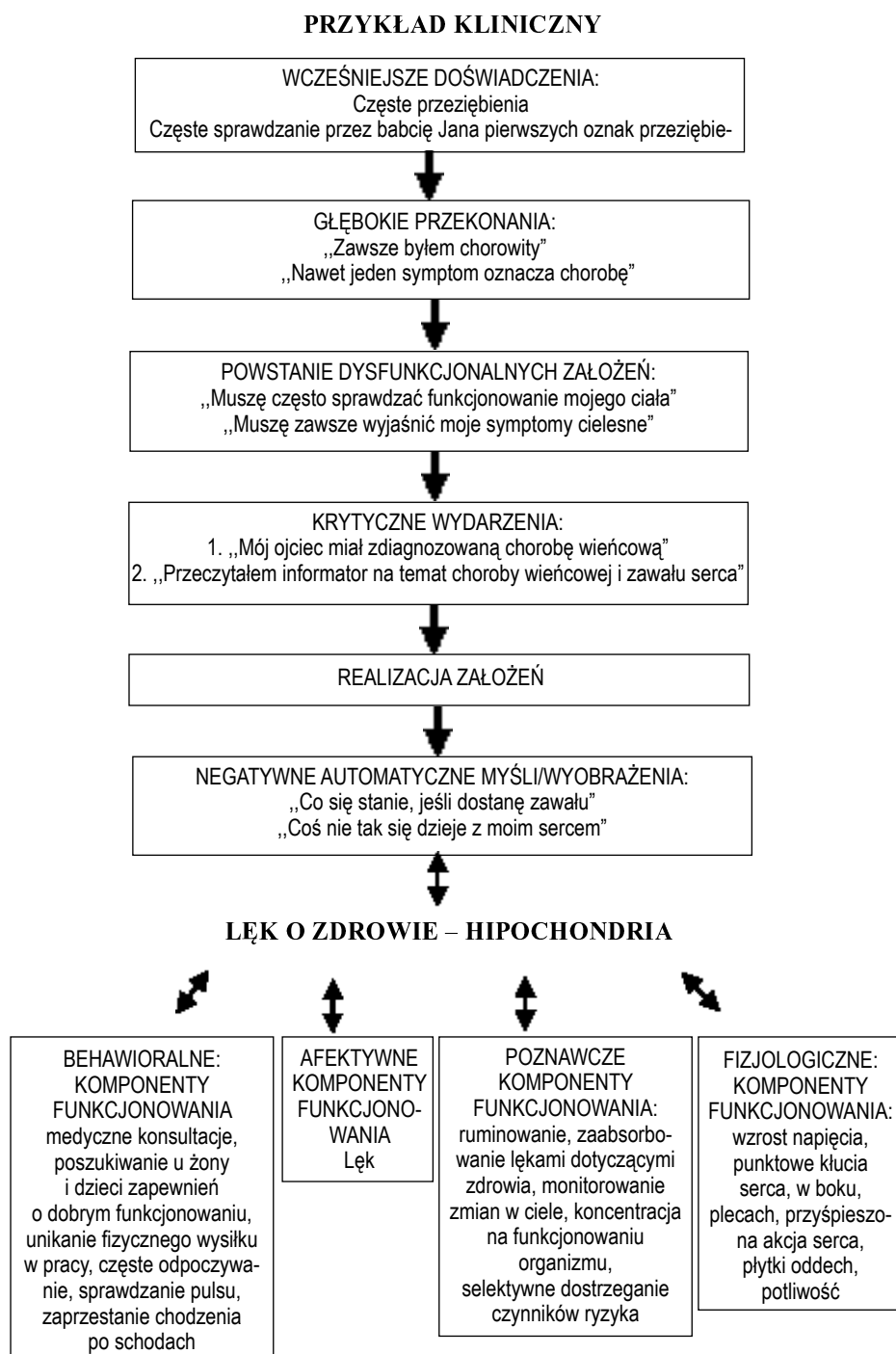
Można zadać sobie pytanie, co właściwie podtrzymuje błędne interpretacje symptomów cielesnych, będące istotnym aspektem hipochondrii w ujęciu poznawczym. Według teoretyków [2, 3, 4, 5, 6] ukonstytuowana w wyniku wcześniejszych doświadczeń błędna interpretacja sygnałów cielesnych jest podtrzymywana przez następujące czynniki: selektywną uwagę, poszukiwanie zapewnień o dobrym funkcjonowaniu organizmu, sprawdzanie jego stanu, zachowania asekuracyjne/unikające, ruminowanie (poprzez poszukiwanie wyjaśnień odczuwanych dolegliwości).

Ze względu na ogólny charakter pracy, przedstawienie konceptualizacji hipochondrii zostało ograniczone do najbardziej spopularyzowanego (wśród pracowników naukowych i klinicystów brytyjskiego Centrum Terapii Poznawczej w Oksfordzie) modelu wyjaśniającego mechanizmy omawianego zaburzenia (ryc. 1).

Model uwzględniający wpływ wcześniejszych doświadczeń na przekonania i założenia pacjentów hipochondrycznych został zilustrowany przykładem klinicznym i przedstawiony w dalszej części pracy (ryc. 2).



Ryc. 1. Hipotetyczne mechanizmy podtrzymujące w hipochondrii (Salkovskis 1989 [2])



Ryc. 2. Poznawczo-behawioralny model rozwoju hipochondrii (Warwick, Salkovskis 1992)

Zgodnie z rozumieniem mechanizmów hipochondrii w ujęciu P. Salkovskis [2], tzw. czynniki wyzwalające (np. bicie serca) prowadzą do poczucia niebezpieczeństwa (np. „coś jest nie tak z moim sercem”), a następnie do zrodzenia się lęku. To z kolei powoduje wzrost fizjologicznego napięcia (i w konsekwencji np. przyspieszone bicie serca, wzmożoną potliwość itp.). Następnie pojawiają się myśli, że obecne symptomy są oznaką zachorowania, lub już istniejącej poważnej choroby. To z kolei powoduje nasilenie symptomów, co interpretowane jest jako kolejny dowód procesu chorobowego. Prowadzi to w konsekwencji do odczuwania większego zagrożenia oraz lęku. Konceptualizacja hipochondrii w ujęciu P. Salkovskis odnosi się także do wzrostu koncentracji uwagi na funkcjonowaniu własnego ciała. W rezultacie normalna zmienność w funkcjonowaniu organizmu (np. przyśpieszenie akcji serca) jest odbierana jako nowość oraz oznaka procesu chorobowego. Konsekwencją, w dalszej kolejności, jest wyolbrzymianie spostrzeganego niebezpieczeństwa i lęku. Natomiast zachowania sprawdzające oznaki cielesne (np. sprawdzanie pulsu) i poszukiwanie zapewnień o braku zagrożenia chorobą (np. powtarzające się badania medyczne) są czynnikami, które uniemożliwiają habituację na stymulację lękową oraz utrudniają dostrzeżenie braku zasadności lęków. Z drugiej strony wiele medycznych konsultacji może być traktowanych jako potwierdzenie obaw pacjenta i także stanowić początek nowych wątpliwości w wyniku działania czynników jatrogennych. Zatem powyższe zachowania prowadzą do interpretacji istniejących symptomów jako oznak procesu chorobowego, czyli do spostrzegania niebezpieczeństwa, a następnie do pojawienia się lęku. Omówione mechanizmy podtrzymujące lęk o zdrowie ilustruje rycina 1.

Jan rozpoczął terapię w wieku 46 lat, gdyż odczuwał „zwiększający się lęk o własne zdrowie” oraz, jak twierdzi, dzięki namowie kardiologa. Wczesne doświadczenia życiowe najprawdopodobniej miały wpływ na powstanie następujących założeń i głębokich przekonań Jana (zobacz ryc. 2). Wydarzenia krytyczne: choroba wieńcowa zdiagnozowana u ojca pacjenta oraz przeczytanie informatora medycznego w poczekalni u lekarza pierwszego kontaktu, mogły ugruntować istniejące wcześniej założenia (zobacz ryc. 2). Wydarzenia te w konsekwencji spowodowały wyraźne wzmożenie jego fizjologicznych i afektywnych symptomów oraz poznawczych i behawioralnych wymiarów funkcjonowania (zobacz ryc. 2). Poznawcze czynniki uwrażliwiające na powstanie lęku o zdrowie powodowały błędną interpretację symptomów cielesnych jako wskaźnika choroby wieńcowej lub zawału serca („coś nie tak jest z moim sercem”, „co się stanie, jeśli dostanę zawału”). Korelacje fizjologicznych, poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych objawów z powyższymi negatywnymi myślami i wyobrażeniami oraz ich interakcje z założeniami i głębokimi przekonaniem składają się na mechanizmy podtrzymujące u Jana lęk o zdrowie.

### **Ogólna charakterystyka terapii hipochondrii**

Zazwyczaj czas trwania terapii obejmuje średnio 16 [6] lub 20 [15, 16] sesji. Jest on dłuższy w przypadku pacjentów cierpiących równoległe na zaburzenia osobowości [17, 18]. Podstawowa charakterystyka leczenia hipochondrii w omawianym podejściu obejmuje identyfikowanie błędnych interpretacji symptomów cielesnych, a następnie ich werbalną i behawioralną weryfikację oraz modyfikację [6]. Powiązane z tymi interpretacjami zróżnicowane mechanizmy utrwalające objawy (omówione wcześniej w tekście) stają się

ważnymi elementami, które uwzględnia się podczas planowania terapii.

Celem pierwszych sesji jest przede wszystkim zidentyfikowanie błędnych interpretacji symptomów cielesnych za pomocą wielorakich technik, których omówienie wykracza poza obszar niniejszej pracy. Następnie, w trakcie kolejnych spotkań, terapeuta i pacjent współpracują w celu znalezienia bardziej obiektywnych sposobów ich interpretowania. Zatem etap ten stanowi werbalną i behawioralną reatrybucję znaczenia, jakie pacjent nadaje własnym symptomom cielesnym. Do przykładowych procedur stosowanych w leczeniu hipochondrii zalicza się:

- strategię werbalnej reatrybucji: analizę dowodów potwierdzających — oraz niepotwierdzających — założenia i przekonania pacjenta, zapisywanie alternatywnych wyjaśnień na kartce trzymanej w widocznym miejscu, tzw. flash cards, analizę logicznych błędów w myśleniu, dialog sokratejski, analizę charakterystyki pojawiających się symptomów na podstawie dzienniczka samoobserwacji, technikę „tortu” (wykres kołowy) lub „odwróconej piramidy” (wykres słupowy) lub „kontinuum” (skala graficzna);
- eksperymenty behawioralne: ankiety, procedury paradoksalnego wzmocnienia objawów lub czynników podtrzymujących je, testowanie in vivo przewidywań pacjenta, dekoncentrację lub koncentrację na symptomach cielesnych, stopniowaną ekspozycję (graduated exposure) na lękotwórcze bodźce z jednoczesnym powstrzymaniem się od reakcji (response prevention) oraz zaniechanie zachowań utrwalających zaburzenie (np. poszukiwanie zapewnień o dobrym funkcjonowaniu, monitorowanie pracy własnego organizmu, zachowania asekuracyjne/unikające) [2, 3, 4, 12, 5, 6].

Zasady strukturalizacji sesji, psychoedukacji pacjenta i zapobiegania nawrotom choroby także stanowią istotną część terapeutycznego procesu, choć nie są w tej pracy bliżej omawiane. Poza wyróżnionymi tradycyjnymi procedurami pracy z pacjentami hipochondrycznymi w podejściu poznawczo-behawioralnym wymagana może być terapia długoterminowa. Jej przykładem jest terapia zorientowana na schemat (schema-focus therapy), która uwzględnia znacznie większy udział relacji terapeutycznej niż w tradycyjnym podejściu oraz znacznie głębszą dyskusję nad wczesnymi doświadczeniami życiowymi. Ponadto w schema-focus therapy bardziej akcentuje się rolę emocjonalnych doświadczeń (np. częściej stosowane są techniki wyobrażeniowe, odgrywanie ról, „life review”, techniki dwóch krzeseł) oraz aktywną konfrontację poznawczych i behawioralnych wymiarów funkcjonowania [18]. Schematy, czyli tzw. mapy poznawcze, mają charakter wiedzy ukrytej, oraz tendencję do samowzmacniania, i są odporne na zmiany. W związku z tym w terapii zorientowanej na schemat częściej stosuje się techniki, które zależą od przetwarzania obrazowego (prawopółkulowego) niż werbalnego (lewopółkulowego) [17].

### **Szczegółowe zasady terapii lęku o zdrowie**

Wśród zasad poznawczo-behawioralnej terapii hipochondrii, przyjętych na podstawie obserwacji klinicznych, jedną z ważniejszych jest pomoc pacjentowi w zrozumieniu istoty jego problemów poprzez wypracowanie alternatywnego i satysfakcjonującego dla niego sposobu wyjaśnienia odczuwanych symptomów. Bardzo istotna jest przy tym postawa terapeuty. Nie polega ona na wykluczaniu fizycznej choroby, ale na „współpracującym” poszukiwaniu alternatywnych sposobów wyjaśnień. W tym też celu terapeuta powinien

dać odczuć pacjentowi, że rozumie jego problem oraz wytłumaczyć, co jest jego powodem. Przy czym istnieje szczególne rozróżnienie między istotnymi informacjami dotyczącymi fizjologicznych i medycznych aspektów zaburzenia a poszukiwaniem przez pacjenta zapewnień na temat braku choroby lub dysfunkcji własnego organizmu [2, 4]. Zatem przeprowadzanie badań lekarskich w celu wykluczenia fizycznej choroby nie jest częścią terapii. Niektórzy autorzy proponują rozwiązanie, które polega na pozwoleniu pacjentowi poszukiwania potwierdzeń w badaniach lekarskich na początkowym etapie terapii. Jego celem jest pomoc w zaangażowaniu się w trudny dla niego proces terapii [19]. Przy czym kompromis ten nie jest zaprzeczeniem zasady nieudzielania pacjentowi zapewnień, gdyż, jak już wcześniej napisano, sam ten czynnik jest elementem utrwalającym zaburzenie.

Zdaniem niektórych klinicystów [2, 19] początkowy etap terapii hipochondrii jest jednym z najtrudniejszych momentów całego leczenia. W związku z tym można znaleźć w literaturze przedmiotu wiele propozycji pomocy pacjentowi w zaangażowaniu się w terapię. Autorzy czynią ten aspekt istotnym warunkiem efektywności terapii. Jedna z takich propozycji została opisana powyżej. Inne, ze względu na ogólny charakter tej pracy, nie będą omawiane. Podsumowując, uzgodnienie celów terapii często bywa jednym z najtrudniejszych etapów w trakcie leczenia pacjentów hipochondrycznych.

Inną niezwykle istotną zasadą terapii pacjentów cierpiących na lęki o własne zdrowie jest wypracowanie „współpracującej” postawy obu stron. W związku z tym w ramach omawianego podejścia terapeutycznego określono styl pracy, polegający na poszerzaniu u pacjenta percepcji problemu poprzez wspólne odkrywanie przekonujących argumentów na zasadzie ukierunkowanego odkrywania (guided discovery) i sokratejskiego dialogu (the Socratic dialogue) [2, 4, 6]. Terapeuta nie może przedkładać swoich opinii nad przekonania pacjenta — jest to ogólna zasada terapeuty względem przekonań pacjenta, co stanowi ogólną zasadę terapii w omawianym podejściu.

Ważnym zabiegiem jest częste sprawdzanie, czy pacjent zrozumiał, co zostało powiedziane w trakcie każdej sesji. Jednym z powodów proszenia pacjenta o podsumowanie własnymi słowami tego, co zapamiętał i zrozumiał, jest wyraźna tendencja pacjentów cierpiących na zaburzenie hipochondryczne do błędnej interpretacji informacji dotyczących zdrowia [2, 4]. Zabieg ten znajduje swoje uzasadnienie w kontekście zaprezentowanego wcześniej modelu.

### **Specyficzne procedury stosowane w leczeniu hipochondrii**

Wśród zróżnicowanych procedur prezentowanych w podejściu poznawczo-behawioralnym warte uwagi są stosowane przez niektórych klinicystów w leczeniu hipochondrii następujące techniki: kontrolowane okresy zamartwiania się (controlled worry periods), ekspozycja wyobrażeniowa na doświadczenie śmierci (exposure to imaginative death experience) oraz trening uwagi (attention training). Kontrolowane okresy zamartwiania się mają na celu ograniczenie ruminacji pacjenta. Ta procedura wynika z konceptualizacji hipochondrii przedstawionej przez A. Wellsa [6]. Podobnie ekspozycja wyobrażeniowa na doświadczenie śmierci ma na celu redukcję procesów utrwalających zaburzenie. Jej skuteczność potwierdzają doniesienia empiryczne i kliniczne [20]. Trening uwagi jest stosowany w celu redukcji „istniejących” u pacjentów tendencji do koncentrowania się na funkcjonowaniu własnego organizmu (residual body-focusing tendencies). Przeprowadzone

badania potwierdzają skuteczność tej procedury [11, 6].

### Wnioski

W polskiej literaturze przedmiotu brakuje publikacji poświęconych konceptualizacji hipocondrii oraz metodom pracy terapeutycznej w podejściu poznawczo-behawioralnym. Również w odniesieniu do innych zaburzeń psychicznych koncepcje i zasady terapii wypracowane w ramach tego podejścia były dotychczas często włączane w obręb innych systemów terapeutycznych. Artykuł ten stanowi próbę wypełnienia istniejącej w tym zakresie luki.

Podsumowując, wyniki badań wskazują na wysoką efektywność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hipocondrii. Szeroki wachlarz procedur stosowanych w tradycyjnym podejściu poznawczo-behawioralnym ma na celu pomóc pacjentowi w zmianie jego błędnych interpretacji symptomów cielesnych i zmodyfikowaniu procesów psychicznych odpowiadających za tę sytuację. W odniesieniu do zaburzeń charakterologicznych towarzyszących hipocondrii terapeuci stosujący terapię poznawczo-behawioralną poszerzają i tak bogaty repertuar technik terapeutycznych. W tej sytuacji zróżnicowane metody pracy terapeutycznej zdają się stanowić podejście integrujące. Szczególnie godna uwagi jest terapia zorientowana na schemat. Stanowi ona jeden z bardziej obiecujących kierunków rozwoju terapii poznawczo-behawioralnej.

### Piśmiennictwo

1. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. The development and principles of cognitive-behavioural treatments. W: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, red. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
2. Salkovskis PM. Somatic problems. W: Hawton K., Salkovskis PM., Kirk J., Clark DM, red. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
3. Salkovskis PM. The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behaviour, and the special case of health anxiety and obsessions. W: Salkovskis PM, red. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
4. Salkovskis PM, Bass Ch. Hypochondriasis. W: Clark DM, Fairburn C, red. *Science and practice of cognitive behavioural therapy*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
5. Warwick H, Salkovskis PM. Hypochondriasis. W: Scott J, Williams J, Beck A, red. *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrated casebook*. London–New York: Routledge; 1992.
6. Wells A. Hypochondriasis: health anxiety. W: Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Sussex: John Wiley & Sons; 1997.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th edition. Washington: APA; 1994.
8. Barsky A, Ahern D. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *J. Am. Med. Assoc.*, 2004; 291:1464–1470.
9. Bouman K, Visser S. Cognitive and behavioural treatment of hypochondriasis. *Psychother. Psychosom.*, 1998; 67: 214–221
10. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Fennell M, Ludgate J, Ahmad S, Richards HC, Gelder M. Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *Brit. J. Psychiatry* 1998; 173: 218–225.
11. Papageorgiou C, Wells A. Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychol. Med.*, 1998; 28: 193–200.
12. Visser S, Bouman K. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Beh. Res. Ther.* 2001; 39: 423–442.

13. Warwick H, Marks M. Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *Brit. J. Psychiatry*, 1988; 152: 239–241.
14. Warwick H, Clark D, Cobb A, Salkovskis PM. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Brit. J. Psychiatry*, 1996; 169:189–195.
15. Clark DM. Anxiety states: panic and generalized anxiety. W: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, red. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
16. Kokoszka A, Popiel A, Sitarz M. Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychoter.* 2000; 2: 53–62.
17. Dowd ET. Psychoterapia poznawcza — stan obecny i kierunki rozwoju. *Psychoter.* 2000; 2: 23–36.
18. McGinn LK, Young JE. Schema-focus therapy. W: Salkovskis PM, red. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
19. Wolańczyk T, Skowrońska M. Interwencje behawioralne i poznawcze u pacjentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi (konwersyjnymi) i zaburzeniami pod postacią somatyczną. II konferencja naukowa „Miejsce psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń psychicznych”. Powsin 1–3 październik, 2004.
20. Prasko J, Praskova B, Praskova H. Exposure to the imaginative death experience in hypochondriasis. II konferencja naukowa „Miejsce psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń psychicznych”. Powsin 1–3 październik, 2004.

Adres: Barbara Kosmala  
ul. Rodziny Połanieckich 29/60a  
01-924 Warszawa