

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**  
**Mechanism of the disorder**

*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 również wynikające z nich propozycje leczenia. Całość zilustrowano przykładem klinicznym.*

### **Wstęp**

Jedną z podstawowych zasad opracowanych w podejściu poznawczo-behawioralnym jest weryfikacja empiryczna [7]. Stąd przedstawione w pracy modele, zasady terapii poznawczo-behawioralnej oraz proponowane oddziaływania terapeutyczne ściśle 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 [12, 13, 14, 17, 19]. Takie ujęcie odwołuje się do Amerykańskiej klasyfikacji chorób – DSM-IV, w której autorzy opisują omawiane zaburzenie między innymi jako zaabsorbowanie lękami na temat „zapadnięcia”, lub posiadania poważnej choroby, których podstawę stanowią błędne interpretacje symptomów cielesnych [1]. Najogólniej można powiedzieć, że w poznawczym

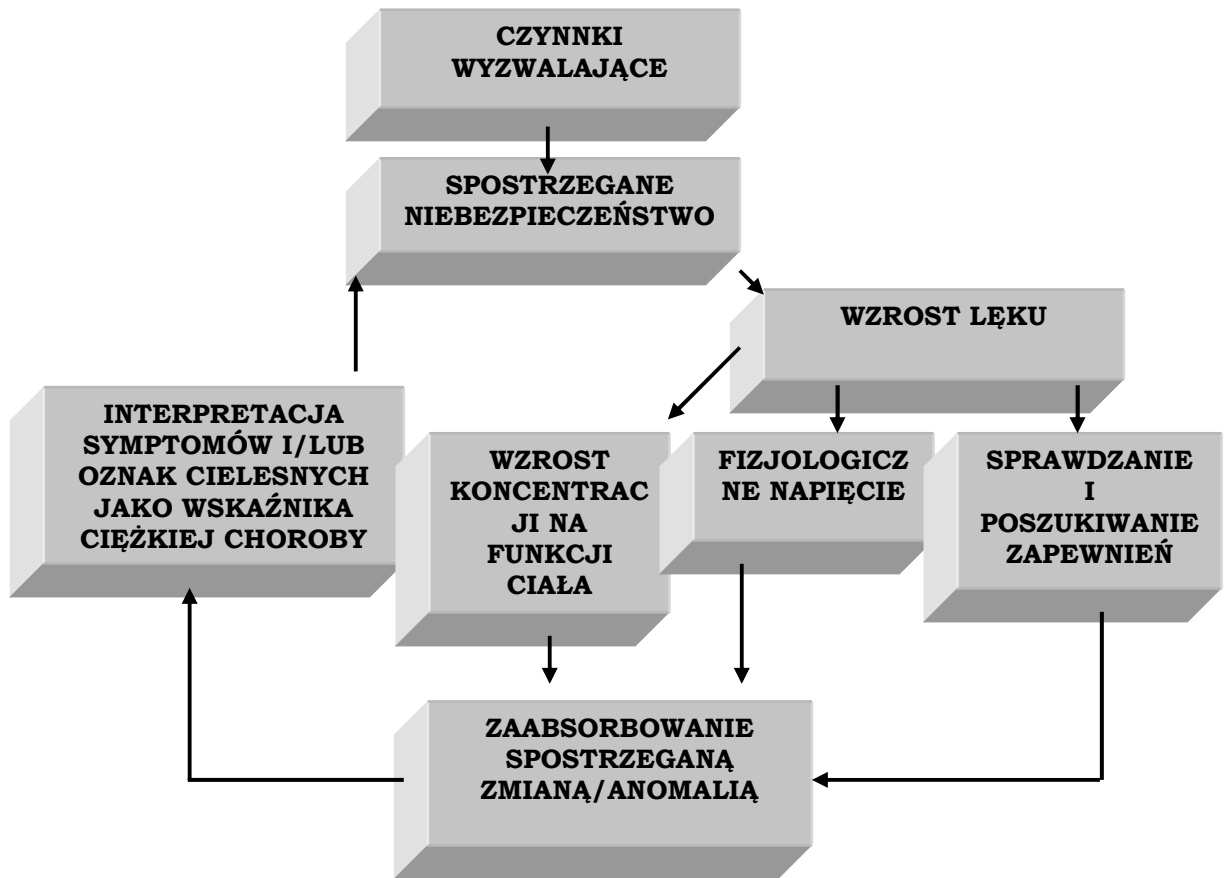
modelu hipochondrii wyróżnia się fizjologiczne, afektywne, behawioralne i poznawcze czynniki, które są powiązane z tymi błędnymi interpretacjami dotyczącymi własnych dolegliwości. Zakłada się istnienie interakcji tych czynników z przekonaniami i założeniami jednostki, które tworzą mechanizm podtrzymujący zaburzenie. Według tego modelu jednostka błędnie interpretuje symptomy także z powodu własnych przekonań i założeń, jakie ukształtowały się w wyniku dotychczasowych relacji z otoczeniem.

Doniesienia empiryczne potwierdzają, że poznawczo-behawioralne leczenie jest efektywną i specyficzną terapią dla zaburzeń hipochondrycznych [np. 2, 3, 5, 10, 15, 16, 18].

### **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 poznawczych [12, 13, 14, 17, 19] ukonstytuowana w wyniku wcześniejszych doświadczeń błędna interpretacja sygnałów cielesnych jest podtrzymywana przez następujące czynniki: selektywną uwagę, poszukiwanie zapewnień, sprawdzanie stanu własnego organizmu, zachowania zabezpieczające/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 (Rycina 1). Model uwzględniający rolę wcześniejszych doświadczeń w konstytuowaniu przekonań i założeń pacjentów hipochondrycznych został zilustrowany przykładem klinicznym i przedstawiony w dalszej części pracy (Rycina 2).

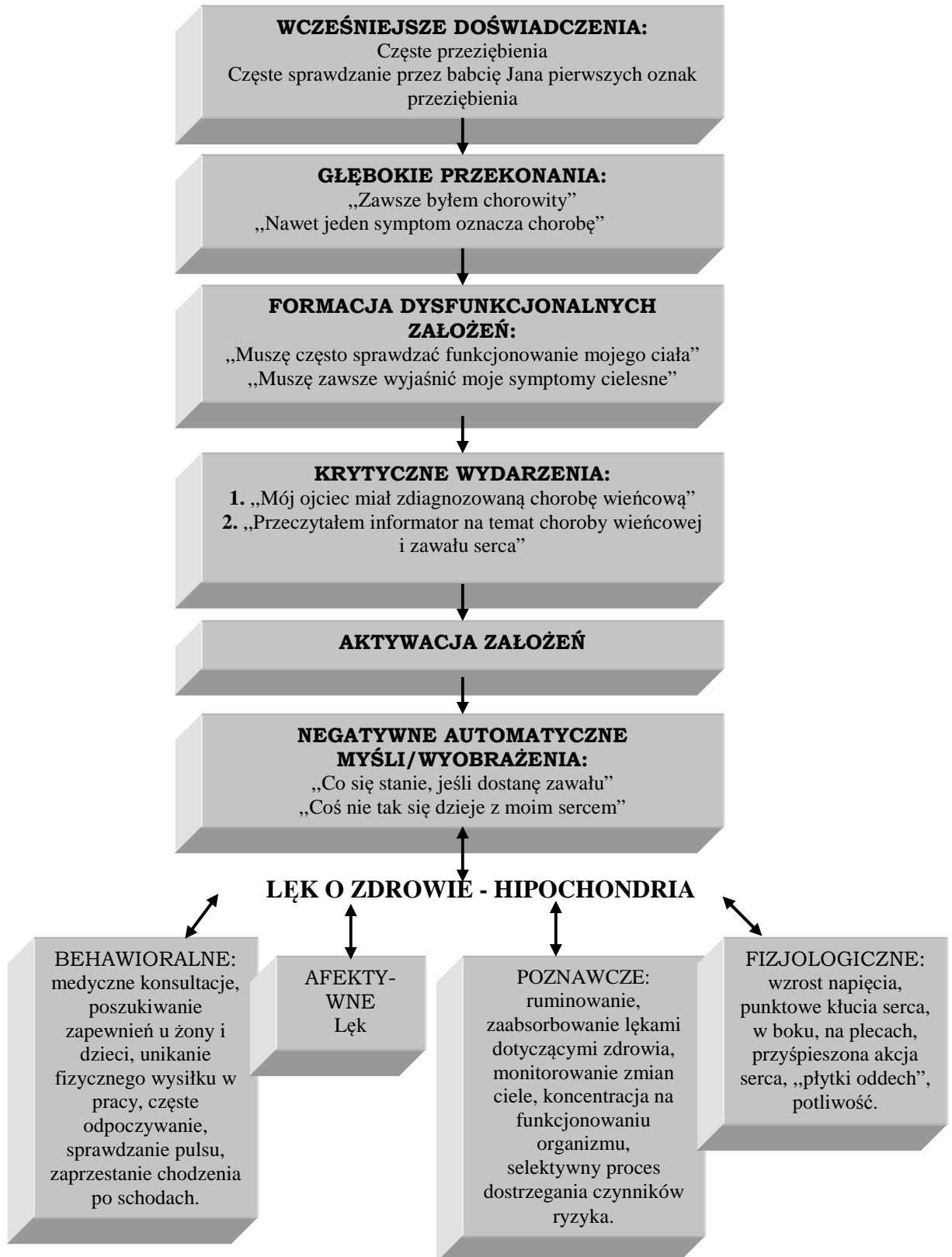


**Rycina 1.** Hipotetyczne mechanizmy podtrzymujące w hipochondrii (Salkovskis, 1989 [12])

Zgodnie z rozumieniem mechanizmów hipochondrii w ujęciu P. Salkovskis [12] tzw. czynniki wywołujące (np. bicie serca) prowadzą do spostrzeżenia niebezpieczeństwa (np. „Coś jest nie tak z moim sercem”) a następnie do wzrostu poziomu lęku. To z kolei powoduje wzrost poziomu fizjologicznego napięcia (w konsekwencji prowadzi do np. wzrostu tempa bicia serca, wzmożonej potliwości itp.) i zaabsorbowania spostrzeganą zmianą. Następnie pojawiają się myśli, że obecne symptomy są oznaką „zapadnięcia”, lub już posiadania poważnej choroby. To z kolei powoduje nasilenie symptomów, a ich wzrost interpretowany jest jako kolejny dowód procesu chorobowego. Prowadzi to w konsekwencji do wzrostu poziomu spostrzeganego niebezpieczeństwa oraz lęku. Konceptualizacja hipochondrii w ujęciu P. Salkovskis odnosi się także do procesu 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 wzrost poziomu spostrzeganego niebezpieczeństwa i lęku. Natomiast zachowania sprawdzające (np. sprawdzanie pulsu) i poszukiwanie zapewnień (np. powtarzające się badania medyczne) są czynnikami, które uniemożliwiają habituację na stymulację lękową oraz powstrzymują przed dostrzeżeniem 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 (np. „Coś jest nie tak z moim sercem”) a następnie do wzrostu poziomu lęku. Omówione mechanizmy podtrzymujące lęk o zdrowie ilustruje rycina 1.

### Przykład kliniczny



Rycina 2. Poznawczo-behawioralny model rozwoju hipochondrii (Warwick and Salkovskis, 1992 [17])

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

### **Ogólna charakterystyka terapii hipochondrii**

Typowy czas trwania terapii wynosi średnio 16 [19] lub 20 [4, 8] sesji. Jest on dłuższy w przypadku pacjentów cierpiących na zaburzenia charakterologiczne [6, 9]. Podstawowa charakterystyka leczenia hipochondrii w omawianym podejściu obejmuje identyfikowanie błędnych interpretacji symptomów cielesnych, a następnie ich werbalną i behawioralną weryfikację oraz modyfikację [19]. Powiązane z tymi interpretacjami zróżnicowane mechanizmy podtrzymujące (omówione wcześniej w tekście) stają się ważnym elementem planowania terapii.

Celem pierwszych sesji jest przede wszystkim zidentyfikowanie błędnych interpretacji symptomów cielesnych za pomocą wielorakich technik, które wykraczają 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 werbalnej reatrybucji należy: analiza dowodów potwierdzających oraz nie potwierdzających założeń i przekonań pacjenta, zapisywanie alternatywnych wyjaśnień na kartce w widocznym dla siebie miejscu tzw. „flash cards”, analiza logicznych błędów w myśleniu, dialog sokratejski, analiza charakterystyki pojawiających się symptomów na podstawie dzienniczka samoobserwacji, technika „tortu” (wykres kołowy) i/lub „odwróconej piramidy” (wykres słupowy) i/lub „kontinuum” (skala graficzna).

Przykładem eksperymentów behawioralnych stosowanych w leczeniu hipochondrii są: ankiety, procedury paradoksalnego wzmocnienia objawów lub/i czynników podtrzymujących, testowanie in vivo przewidywań pacjenta, dekoncentracja lub/i koncentracja na symptomach cielesnych, porzucanie: poszukiwania zapewnień, monitorowania pracy własnego organizmu, zachowań zabezpieczających/unikających (a także zgodnie z modelem A. Wells - ruminowania [19]), ekspozycja (exposure) na lękotwórcze bodźce z jednoczesnym powstrzymaniem się od reakcji (response prevention) [12, 13, 14, 15, 17, 19].

Zasady strukturalizacji sesji, psychoedukacji pacjenta i zapobiegania nawrotom także stanowią istotną część terapeutycznego procesu, choć nie są w tej pracy bliżej omawiane.

Poza już 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 obejmuje znacznie większy udział relacji terapeutycznej niż w tradycyjnym podejściu oraz znacznie większą dyskusję nad wczesnymi doświadczeniami życiowymi. Ponadto w schema-focus therapy bardziej akcentuje się rolę emocjonalnych doświadczeń (np. częściej stosowane

są techniki wyobrazeniowe, odgrywanie ról, „life review”, techniki dwóch krzeseł) oraz aktywną konfrontację poznawczych i behawioralnych wymiarów funkcjonowania [9]. Schematy, czyli tzw. mapy poznawcze, mają charakter wiedzy ukrytej, 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), [6].

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

Wśród zasad poznawczo-behawioralnej terapii hipochondrii, wyprowadzonych na podstawie obserwacji klinicznych, jedną z ważniejszych jest pomoc pacjentowi w zrozumieniu, istoty problemów poprzez wypracowanie alternatywnego i satysfakcjonującego dla pacjenta sposobu wyjaśnienia posiadanych symptomów. Bardzo istotna jest przy tym postawa terapeuty, która nie polega na wykluczaniu fizycznej choroby, ale na współpracującym poszukiwaniu alternatywnych sposobów wyjaśnień. W tym też celu terapeuta powinien podzielić się z pacjentem zrozumieniem jego problemu oraz czynników podtrzymujących jego istnienie. Przy czym istnieje szczególne rozróżnienie między istotnymi informacjami, które stoją w opozycji do poszukiwania przez pacjenta zapewnień oraz nieistotnych i powtarzających się informacji [12, 14]. Zatem przeprowadzanie badań lekarskich w celu wykluczenia fizycznej choroby nie jest częścią terapii. Niektórzy autorzy proponują rozwiązanie, które polega na pozwoleniu pacjentowi poszukiwaniu upewnień w badaniach lekarskich na początkowym etapie terapii. Jego celem jest pomoc pacjentowi w zaangażowaniu się w trudny dla niego proces terapii [20]. Przy czym kompromis ten nie jest zaprzeczeniem zasady nie udzielania pacjentowi zapewnień, gdyż jak już wcześniej napisano sam ten czynnik jest elementem podtrzymującym zaburzenie.

Zdaniem niektórych klinicystów [12, 20] początkowy etap terapii hipochondrii stanowi jeden z najtrudniejszych momentów całego leczenia. W związku z tym można znaleźć w



literaturze przedmiotu szereg propozycji pomocy pacjentowi w zaangażowanie 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) [12, 14, 19]. Zatem styl pracy z pacjentem nie może przybierać charakteru konkurencji opinii terapeuty względem przekonań pacjenta, co stanowi ogólną zasadę terapii w omawianym podejściu.

Ważnym zabiegiem jest częste sprawdzanie zrozumienia przez pacjenta tego, co zostało powiedziane w trakcie każdej sesji. Jednym z powodów proszenia pacjenta o podsumowanie własnymi słowami tego, co zapamiętał i zrozumiał w trakcie spotkań terapeutycznych, jest wyraźna tendencja pacjentów cierpiących na zaburzenie hipochondryczne do błędnej interpretacji informacji dotyczących zdrowia [12, 14]. 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 [19]. Podobnie ekspozycja wyobrażeniowa na doświadczenie śmierci ma na celu redukcję procesów podtrzymujących zaburzenie. Jej skuteczność potwierdzają doniesienia empiryczne i kliniczne [11]. Trening uwagi jest stosowany w celu redukcji zalegających tendencji pacjentów hipochondrycznych do koncentrowania się na funkcjonowaniu własnego organizmu (residual body-focusing tendencies). Przeprowadzone badania potwierdzają skuteczność tej procedury [10, 19].

### **Wnioski**

W polskiej literaturze przedmiotu brakuje publikacji poświęconych konceptualizacji hipochondrii 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 „luki”.

Podsumowując, wyniki badań wskazują na wysoką efektywność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hipochondrii. Szeroki wachlarz procedur stosowanych w tradycyjnym podejściu poznawczo-behawioralnym ma na celu pomóc pacjentowi w zmianie jego błędnych interpretacji symptomów cielesnych i zmodyfikowanie procesów psychicznych odpowiadających za tę sytuację. W odniesieniu do zaburzeń charakterologicznych towarzyszących hipochondrii terapeuci poznawczo-behawioralni poszerzają i tak bogaty repertuar technik terapeutycznych. W tej sytuacji stosowane dalece 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 w terapii poznawczo-behawioralnej.

### Summary

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

### Piśmiennictwo:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th edition. Washington: APA; 1994.
2. Barsky A, Ahern D. Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *Journal of The American Medical Association*, 2004; 291:1464-70.
3. Bouman K, Visser S. Cognitive and behavioural treatment of hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1998; 67: 214-21.
4. Clark DM. Anxiety states: panic and generalized anxiety. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (eds.). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
5. 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. *The British Journal of Psychiatry*, 1998; 173: 218 - 225.
6. Dowd ET. Psychoterapia poznawcza-stan obecny i kierunki rozwoju. *Psychoterapia*, 2000; 2: 23-36.
7. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. The development and principles of cognitive-behavioural treatments. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. (eds.). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.

8. Kokoszka A, Popiel A, Sitarz M. Terapia poznawczo-behawioralna w polskiej psychoterapii: analiza piśmiennictwa. *Psychoterapia*, 2000; 2: 53-62.
9. McGinn LK, Young JE. Schema-Focus Therapy. In: Salkovskis PM. (ed.). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
10. Papageorgiou C, Wells A. Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine*, 1998; 28: 193-200.
11. 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 października, 2004.
12. Salkovskis PM. Somatic problems. In: Hawton K., Salkovskis PM., Kirk J., Clark DM. (eds.). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
13. Salkovskis PM. The Cognitive Approach to Anxiety: Threat Beliefs, Safty-Seeking Behaviour, and the Special Case of Health Anxiety and Obsessions. In: Salkovskis PM (ed.). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
14. Salkovskis PM, Bass Ch. Hypochondriasis. In: Clark DM, Fairburn C (eds.). *Science and Practice of Cognitive Behavioural Therapy*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
15. Visser S, Bouman K. The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behavioural Research Therapy*, 2001; 39: 423-42.
16. Warwick H, Marks M. Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *The British Journal of Psychiatry*, 1988; 152: 239 - 241.
17. Warwick H, Salkovskis PM. Hypochondriasis. In: Scott J, Williams J, Beck A (eds.). *Cognitive Therapy in Clinical Practice: An illustrated casebook*. London and New York: Routledge; 1992.

18. Warwick H, Clark D, Cobb A, Salkovskis PM. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 1996; 169:189-95.
19. Wells A. Hypochondriasis: Health Anxiety. In: Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Sussex: John Wiley & Sons; 1997.
20. 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 października, 2004.