

HIPOHONDRIČNA STANJA

Marga Kocmur

UVOD

Koncept hipohondrije je nejasen zaradi številnih nedokazanih predvidevanj in slabšalnih zgodovinskih konotacij. Sam izraz ima več pomenov in pogosto dvoumne etiološke predpostavke. Klinik se izrazu raje izogne prav zaradi slabšalnega prizvoka, ki ga ima, in zaradi bojzani, da bi ob bolnikovih simptomih spregledal resno organsko bolezen (1).

Zaenkrat ni enotnega mnenja o tem, ali gre pri hipohondriji za neodvisno, diskretno in kohezivno psihopatološko entiteto. Lahko gre, preprosto, le za skupek prepričanj o boleznih in ravnanj v zvezi z njo, ki niso po svoji naravi nič bolj psihiatrična, kot so npr. prepričanja in vedenje kakega političnega ali verskega aktivista. Prav tako bi si lahko razlagali hipohondrijo le kot pretirano zanimanje za delovanje telesa in za zdravje, kar srečujemo, ne nazadnje, vsak dan v vseh mogočih občilih (2,3). Tudi če je hipohondrija koherentna psihopatološka entiteta, ni pravega soglasja o tem, ali gre za neodvisno psihično motnjo ali pa nastopa le v okviru drugih primarnih psihičnih motenj, kot sta npr. depresija in shizofrenija. Prav tako ni jasno njeno razmerje do splošnejšega fenomena somatizacije, ki nastopa v okviru številnih psihičnih motenj (4,5, 6).

Hipohondričnih bojzani še ne znamo umestiti v širši kontekst drugih oblik telesnih preokupacij, ki niso psihopatološke same po sebi: prehodne, občasne hipohondrične bojzani nastopajo pri številnih ljudeh ob stresogenih dogodkih ali v obdobjih življenjskih kriz; pri bolnikih, ki so preboleli hudo, življenje ogrožujočo bolezen; pri ljudeh, ki so zaradi hude bolezni izgubili bližnjega; prehodna hipohondrija lahko nastopi pri tistih, ki zaradi različnih razlogov spremljajo področje zdravja in/ali zdravstva, npr. pri študentih medi-

cine; več tovrstnih motenj je tudi tedaj, ko sredstva javnega obveščanja usmerijo pozornost na določeno bolezen itd. Ni jasno, ali je klinična hipohondrija kvalitativno drugačna od teh prehodnih fenomenov ali pa je le intenzivnejša in bolj kronična. Poleg tega lahko najdemo hipohondrične značilnosti tudi pri ljudeh, ki ne vstopajo v sistem zdravstva (mnogi propagatorji zdrave hrane in različnih zapletenih režimov vitaminskih diet ter fanatiki fitnesa in telesne vadbe).

PSIHOPATOLOŠKE OBLIKE

Za klinično prakso je pomembno razlikovati med tistimi hipohondričnimi stanji, pri katerih je testiranje realnosti resno zmanjšano - bolnik je blodnjav, in tistimi, pri katerih je realitetna kontrola ohranjena. Blodnje so lahko del depresivnega sindroma, monosimptomatske blodnjave motnje ali shizofrenije (7, 8, 9).

Nenormalno stališče oz. prepričanje o zdravju ob ohranjeni realitetni kontroli ima lahko obliko fobije, obsesije ali prevalentne ideje. Včasih se je kljub kar se da natančni fenomenološki opredelitvi bolnikovih doživetij in pritožb nemogoče odločiti, za katere psihopatološke fenomene v resnici gre. Pri istem bolniku lahko v daljšem obdobju najdemo prehode med več psihopatološkimi oblikami. Ko se hipohondrija pokaže kot fobija, se bolnik npr. boji, da bo zbolel za katero hudo boleznijo, vendar v svojih mirnejših trenutkih prepoznava iracionalno naravo tako svojih strahov kot vloge psiholoških stresorjev pri njihovem nastanku. Tisti z bolezensko preokupacijo pa ni toliko zaskrbljen, da bo zbolel za neko boleznijo, pač pa išče razlago za simptome, ki jih doživlja. Veliko časa posveča preverjanju različnih bolezenskih stanj, ki bi lahko bila podlaga njegovim simptomom.

RAZLAGE HIPOHONDRIČNIH SINDROMOV

1. Kot psihiatrična motnja

Hipohondrične sindrome še danes razlagamo na več načinov. Najpogostejši je ateoretični koncept, kot ga pozna sodobna klasifikacija duševnih motenj (10). Pri tem ne gre za razlago motnje, pač pa za fenomenološki opis sindroma. Bolnik ima "funkcionalne" telesne simptome, trajen strah pred

boleznijo, preokupiran je s telesom, pogosto išče medicinsko pomoč. Motnja je lahko primarna in nastopa samostojno ali pa je sekundarna v sklopu katere druge psihiatrične motnje, npr. depresije, anksioznosti ali shizofrenije.

Telesni znaki in simptomi so običajno prehodni, spremenljivi in generalizirani, včasih pa so lahko tudi specifični. Najpogosteje se pojavljajo kot bolečine ter prebavni in srčno-žilni znaki in simptomi. Najpogostejši telesni predeli so glava, vrat, trebuh in prsi. Značilno je, da so hipohondrični bolniki bolj okupirani z medicinskim pomenom posameznih simptomov kot pa s samimi neprijetnimi senzacijami.

Hipohondrične bolnike je silno strah, da bi zboleli, in tega strahu jim ne zmanjša nobeno zagotovilo, da so zdravi. Prav tako zavračajo vsakršni poskus psihološke razlage svojih težav.

Hipohondrični bolniki so potopljeni v svoje trpljenje, v svoje telesne senzacije in v fiziologijo svojega telesa. Tako kot so zdravstvene teme prevladujoče v socialnih stikih bolnika, tako tudi zdravnik težko preusmeri pogovor na kar koli drugega kot na različne telesne senzacije. Simptomi so pri teh bolnikih odgovor na vsakršno dogajanje v osebem življenju in v okolju (9).

Četrty znak po tem konceptu je vedenjski: bolniki neumorno iščejo medicinsko pomoč, različne diagnostične procedure in teste ter imajo obsežno medicinsko zgodovino in dokumentacijo. Medicinsko oskrbo doživljajo kot neučinkovito in nezadostno. Zdravljenje skoraj nikoli ne pomaga, pač pa povzroči komplikacije, stranske učinke in nove simptome.

2. Psihodinamska razlaga

Freudova prva razlaga hipohondrije je bila vezana na spolni nagon: kadar libido ni vezan na zunanje objekte, je lahko reinvestiran v ego kot narcisistični libido. Sprva je ta libidinalna kateksa povezana z narcisističnimi fantazijami, kasneje pa lahko preraste v dejanske somatske spremembe, ki jih bolnik zazna kot hipohondrične simptome. Freudov mehanicistični model ni vzdržal prav dolgo in kasnejši psihodinamsko orientirani avtorji so ga močno spremenili. Vse bolj so poudarjali pomen transformacije agresivnih in sovražnih impulzov do drugih v telesne pritožbe. Jeza izvira v preteklih razočaranjih (zavrnitvah, izgubah, osamljenosti), v sedanjosti pa se izraža predelana v očitek drugim ljudem v obliki bolnikovega trpljenja. Pomoč in skrb drugih bolnik sicer opazi, vendar ju kot neučinkovita zavrne (11, 12).

Druga skupina psihodinamsko orientiranih avtorjev razlaga hipohondrijo kot obrambo pred nizkim samospoštovanjem in pred neznosnim občutkom brezvrednosti, neustreznosti in pomanjkljivosti. Za posameznika naj bi bilo znosnejše, ko je nekaj narobe z njegovim telesom kot pa z njim kot osebnostjo

(13). Hipohondrične simptome lahko včasih razumemo tudi kot obrambo pred krivdo: bolečina in telesno trpljenje predstavljata tako zaslužen kazni za pretekle napake.

Koncipiranje hipohondrije kot intrapsihične obrambe je tesno povezano s prepoznavanjem primarnih in sekundarnih koristi. Pri primarni gre za zmanjšanje intrapsihičnega konflikta in za delno gratifikacijo, do katere pride s tako obrambo. Sekundarno korist pa predstavljajo sprejemljive in legitime medosebne prednosti, ki jih prinaša telesna bolezen.

Psihodinamski koncepti bi morali biti v svoji terminologiji preciznejši in podprti z bolj rigoroznimi in kvantificiranimi raziskavami. Razlage, ki jih ponujajo, so sicer predvsem anekdotične, impresionistične, nastale v nekontroliranih razmerah, vendar bi bilo marsikatera od teh spoznanj mogoče operacionalizirati in jih znanstveno preveriti. Prav tako bi bilo treba spremljati te bolnike daljše časovno obdobje, saj bi šele tako lahko ločili vzroke in posledice: ali obdobja s telesnim poslabšanjem nastopijo zaradi zmanjšanega samospoštovanja, zaradi povečane agresivnosti, krivde ali oralitete, ali bolnikova najbolj hipohondrična obdobja spremlja zmanjšanje disforije in manjša konfliktnost? Povezava med jezo in hipohondrijo bi npr. lahko pokazala, da je jeza vzrok hipohondriji, lahko pa bi bilo ravno obratno: prisotnost telesnih znakov neugotovljive etiologije bi lahko bila vzrok povečani jezi (14).

3. Hipohondrija kot kognitivna motnja

Obstajajo tri verzije tega koncepta (15):

- ojačevanje normalnih telesnih senzacij,
- napačna zaznava in interpretacija normalnih telesnih dogajanj,
- aleksitimija: hipohondrični bolniki so konstitucijsko predisponirani k temu, da mislijo in zaznavajo stvari na konkreten način, saj naj bi bili manj sposobni izražanja emocionalnih in subjektivnih vsebin.

Ti trije koncepti se med seboj ne izključujejo, pač pa se dopolnjujejo. Zdi se, da je primarna motnja v zaznavanju; bolezensko vedenje hipohondričnih bolnikov, njihova stališča do zdravja in bolezni, preokupacija s telesom ter njihovo vedenje do zdravnikov so le neogibne posledice teh nenormalnih telesnih zaznav. Večina telesnih senzacij, glede katerih se pritožujejo hipohondrični bolniki, se pojavlja tudi sicer pri zdravih ljudeh v stresnih okoliščinah, vendar so tedaj prehodne in jim normalni ljudje ne posvečajo posebne pozornosti, še zlasti pa jim ne pripisujejo tolikšnega bolezenskega pomena, da bi zaradi tega iskali profesionalno pomoč.

Kaj pravzaprav pomeni "ojačevanje" telesnih zaznav? Pomeni, da doživljajo normalno telesno dogajanje bolj intenzivno kot večina ljudi, saj imajo konstitucijsko nižji bolečinski prag in nižjo toleranco za bolečino. Eksperimenti so pokazali, da številni dejavniki spremenijo tako intenziteto dražljaja kot motnjo, ki naj bi jo povzročil. Eden najpomembnejših dejavnikov je pozornost: kadar je ta usmerjena v telesno dogajanje, bodo vse naše zaznave tega dogajanja intenzivnejše. Tudi anksioznost ojača zaznave in dokazali so, da anksioznost ojača občutek bolečine (16).

Pri drugem konceptu, ki je s prvim kompatibilen, gre v bistvu za podobno motnjo, le da je poudarek na razumskem vrednotenju zaznav, ne pa toliko na motenih zaznavah samih. Benigne telesne senzacije zaznamo kot bolezenske tedaj, ko jim pripišemo določen pomen. Ljudje označujemo svoje telesne senzacije, opisujemo svoje občutke v zvezi z njimi, kar je posledica naših predhodnih informacij in konteksta (zunanje okoliščine, medosebni odnosi ipd.), v katerem se te senzacije (ali simptomi) pojavijo. Te okoliščine postanejo še pomembnejše, kadar nimamo pri roki takojšnje, očitne in primerne razlage za neko zaznavo: to je še posebej pogosto ob zaznavah, ki so difuzne, nedoločne in izvirajo iz tistih delov telesa, ki jih ne moremo neposredno opazovati. S tem si lahko pojasnimo, zakaj so simptomi kot šibkost, utrujenost, slabost ali difuzna bolečina tako pogosti pri hipohondričnih bolnikih. Nehipohondrični bodo take simptome običajno pripisali nepatološkimi vzrokom: staranju, preobremenjenosti, psihični napetosti ipd (17, 18).

Nemiah in Sifneos, ki sta uvedla izraz aleksitimija, sta z njim želela poudariti skupno značilnost bolnikov, ki somatizirajo: imajo težave pri opisu svojih čustev, usmerjajo pozornost na podrobnosti zunanjih dogodkov, ne izražajo pa svojih vzgibov in želja. Aleksitimija naj bi bila nevrofiziološka motnja, ki se kaže v nesposobnosti za fantaziranje in čustvovanje in ni posledica intrapsihičnih obrambnih mehanizmov, kot sta potlačevanje in zanikanje (19).

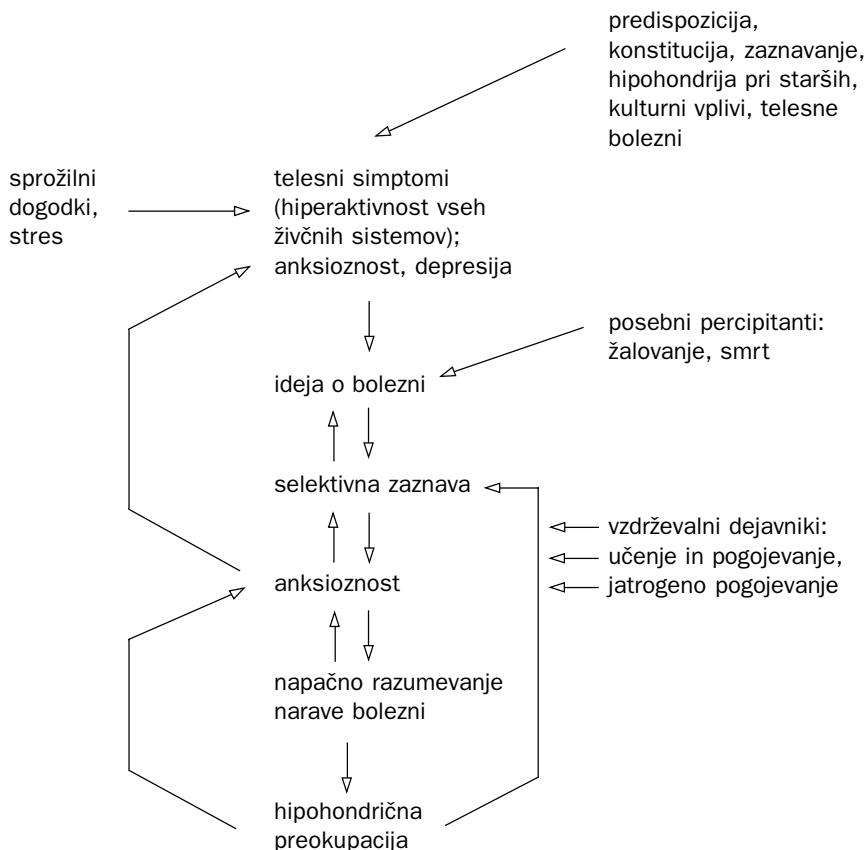
4. Teorija socialnega učenja

Po teoriji socialnega učenja je pri hipohondričnih bolnikih v bistvu patološko njihovo vedenje, ki pa je tako zaradi preteklih izkušenj. Bolni ljudje so namreč deležni pozornosti, naklonjenosti, pridobijo si lahko tudi nekatere sekundarne koristi.

Ta koncept tudi kar primerno pojasni še eno značilnost hipohondričnih bolnikov: zdi se, da jim je bolj kot samo olajšanje simptomov pomembna njihova diagnostična opredelitev. Od tod njihovo vztrajanje pri vedno novih preiskavah, od tod razočaranje, ko te ne pokažejo patologije in od tod tudi njihova rezistenca na zdravljenje. Hipohondrični bolniki reagirajo na terapevt-

ske poskuse s stranskimi učinki, s paradoksnim poslabšanjem simptomov ali pa z nadomestitvijo dosedanjih bolezenskih znakov s povsem novimi. Od tod tudi neustrezen in včasih konflikten odnos z zdravnikom: zdravnikova naloga je namreč, da postavi diagnozo. Če je ne more postaviti, če bolezni ne ugotovi, potem je odnos pravzaprav nepotreben. In vendar je cilj hipohondričnega bolnika, da ostane bolnik in da torej ostane v tem odnosu, ki pa ga bolj in bolj prežemajo nezadovoljstvo, frustracija in včasih tudi sovražnost. Zato mora hipohondrični bolnik naprej in naprej trpeti s svojimi simptomi in začarani krog se tako komaj kdaj konča (20, 21,22, 23, 24, 25).

Slika 1: Povzave med dejavniki, ki prispevajo k nastanku hipohondrične preokupacije



Trenutno še ni specifičnega, splošno sprejetega psihiatričnega zdravljenja z dokazano učinkovitostjo. V glavnem govorimo o dvostopenjskem pristopu: prvi je splošna medicinska strategija, drugi pa specifična psihiatrična terapija (26,27,28).

Vzpostaviti je treba trajen in zaupen odnos z enim samim zdravnikom splošne medicine, ki mora usmerjati in načrtovati vse diagnostične in terapevtske postopke. Le takšna vloga splošnega zdravnika bo preprečila ponavljajoče se in nepotrebne preiskave ter vzpostavila trajen in konzistenten odnos, ki ne bo podvržen manipulacijam. Namen obravnave ni eliminacija simptomov, pač pa naučiti bolnika, da jih obvladuje: to pomeni, da se nauči z njimi živeti, da jih do neke mere razume, da se prepreči kronifikacija in invalidizacija.

Nikakor ne smemo spregledati resne telesne bolezni. Vendar pa so hipohondrični bolniki pogosto žrtve agresivnih diagnostičnih postopkov in njihovih komplikacij, tako da je pri njih najbrž ustreznejši previdnejši in konzervativnejši pristop. Tako je treba dobro premisliti, preden se odločimo za nov diagnostični postopek, saj je verjetno, da smo ga v preteklosti že naredili. Najpomembnejše terapevtsko sredstvo hipohondričnega bolnika je zdravnik sam, njegova pozornost, skrb, zanimanje in posluš. Ob tem so pomembna tudi neinvazivna terapevtska sredstva, npr. vitamini, opozarjanje na prehrano, počitek, ipd.

Če sprejmemo koncept, da je hipohondrija medosebni odnos, moramo bolnika razumeti kot nekoga, ki potrebuje svojo "bolniško" vlogo in ki obupno potrebuje odnos z zdravnikom. Iz našega odnosa do njega mora biti razumljivo, da ga sprejemamo, tudi če je brez simptomov: to pomeni, da ima bolnik dostop do nas tudi tedaj, ko je brez simptomov, da ti torej niso neobhoden pogoj za to, da pride. To dosežemo tako, da ga sprejmemo kot osebo, da nas zanimajo poleg njegovih telesnih simptomov tudi okoliščine, v katerih živi in dela. Z zdravnikom naj dosežeta soglasje o frekvenci obiskov, ki naj bodo kar se da redni in neodvisni od bolnikovega telesnega stanja. To v kratkem pomeni, da ga bomo sprejeli tudi tedaj, ko tega ne bo zahtevala dramatična sprememba v telesnem statusu.

Bolniku ne smemo venomer razlagati le o tem, česa nima, pač pa mu je treba povedati tudi to, kaj ima. Razlaga naj poskuša preusmeriti njegovo pozornost od strukturiranega modela specifične, diskretne, okultne lezije nekje v njegovem telesu v model disfunkcije: zdravnik lahko predlaga, da je problem v tem, kako živčni sistem predeluje informacije, ki prihajajo vanj iz

telesa; v tem, da je njegov živčni sistem izjemno občutljiv, tako da ojačuje običajne senzacije tako, da jih doživlja kot bolezenske....

Mnogi hipohondrični bolniki se upirajo obiskati psihiatra (29,30,31). Pri tistih, ki pa vendarle pridejo, ima psihiater predvsem tri naloge: prva je, da preveri, če niso hipohondrične bojazni le tančica, ki prekriva katero drugo duševno motnjo, zlasti depresijo (ugotovili so, da jih ima 43% depresijo, 45% distimijo, 17% pa panično motnjo) (32, 33); druga naloga je, da premisli o uporabi zdravil. Pri primarni hipohondriji z zdravili navadno ne opravimo kaj dosti. Drugače je, ko gre za depresivno motnjo, ki jo hipohondrija le prikriva, in sicer tudi tedaj, ko je čustvena motnja pod pragom, ki ga zahteva klasifikacija. Pa tudi v teh primerih je treba biti pri predpisovanju psihotropnih zdravil previden in si ne smemo obetati prevelikih uspehov, še manj pa jih kaže napovedovati samemu pacientu (34). Ti so v veliki meri že spočetka v dvomih, ali bi zdravila jemali ali ne, in ne kaže jih preveč vehementno prepričevati, naj jih: bolniki namreč to prepričevanje radi razumejo kot našo željo, da bi se jih čim prej znebili. Tretja naloga pa je, da zdravi, kolikor je to mogoče, samo hipohondrijo.

To je težko, saj so hipohondrični bolniki v glavnem prepričani, da so njihove težave telesne in s psihološkimi razlogi nimajo nobene povezave. Nekateri bolniki prepoznavajo čustvene težave, ki jim jih povzročajo telesni simptomi, in so voljni sprejeti psihološko pomoč za njihovo blažitev. Tako npr. prepoznavajo, da imajo težave v zakonu, pri delu, da se počutijo depresivni ali anksiozni. Ni potrebno, da bi bolnik dosegel uvid v odnos med hipohondričnimi simptomi in disforijo. Klasični psihodinamski uvid se ne zdi posebej učinkovit pri zdravljenju hipohondrije. Nekateri bolniki sprejmejo zdravljenje, če je namen tega izboljšanje telesnih simptomov in telesnega nelagodja. Mnogi sprejmejo razlago, da je njihovo "zdravje" v obratnem sorazmerju s stresom, zato bodo radi sprejeli zdravljenje, ki bo usmerjeno v zmanjšanje stresa ali pa v njegovo obvladovanje (35).

Kognitivno edukativna terapija se navadno odvija v skupinah s 6-9 bolniki v 10 seansah. Samo vodenje je ob tem pristopu bolj edukativne, ne pa toliko psihoterapevtske narave.

Njen cilj je poučiti bolnika o naravi motnje, o zaznavah telesnih znakov in o psiholoških razlogih, ki lahko te zaznave ojačujejo. Poskušamo jih poučiti o pomenu usmerjanja pozornosti, o razumevanju telesnih zanzav, o pomenu zunanjih okoliščin, v katerih se simptomi pojavijo, in o pomenu razpoloženja (26).

Ugotovimo lahko le to, da o hipohondriji niti ne vemo prav dosti niti je ne znamo posebej učinkovito zdraviti. Obstaja seveda vprašanje, ali je zdravljenje sploh potrebno ali pa ustvarjajo ti "klienti" le nepotrebno gnečo v naših čakalnicah. S precejšnjo gotovostjo lahko rečemo, da so mnogi v resnici prepogosto deležni tako diagnostičnih kot terapevtskih ukrepov, ki njihove motnje niti ne pojasnijo niti jim ne olajšajo simptomov. Gotovo pa tudi drži, da smo zdravniki do hipohondričnih bolnikov nestrpni in jih vse prepogosto odpravimo na način, ki bi tudi pri nehipohondričnem izzval nezaupanje.

1. Noyes R, Happel RI, Yagla SJ. Correlates of Hypochondriasis in a Nonclinical Population. *Psychosomatics* 1999; 40(6): 461-469.
2. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Hypochondriasis. An evaluation of the DSM-III Criteria in Medical Outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 493-500.
3. Gureje O, Üstün TB, Simon GE. The Syndrome of Hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological medicine* 1997; 27:1001-1010.
4. Brown HN, Vaillant GE. Hypochondriasis. *Arch Intern Med* 1981; 141: 723-726.
5. Kellner R. Functional Somatic Symptoms and Hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:821-829.
6. Küchenhoff J. Das Hypochondrische Syndrom. *Nervenarzt*, 1985, 56: 225-236.
7. Robbins JM, Kirmayer LJ. Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine* 1996; 26:575-589.
8. Mabe PA, Riley WT, Jones LR, Hobson DP. The medical context of hypochondriacal traits. *Int'l. J. Psychiatry in Medicine* 1996; 26(4):443-459.
9. Noyes R, Holt CS, Kathol RG. Somatization. *Diagnosis and Management. Arch Fam Med* 1995; 4:790-795.
10. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva, 1992.
11. Ober WB. Johnson and Boswell: "vile melancholy" and The Hypochondriac". *Bull.N.Y.Acad.Med.* 1985; 67(7):657-678.

12. Pilowsky I. From conversion Hysteria to somatization to abnormal illness behaviour? *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40 (4): 345-350.
13. Dworkin RH, Cooper EM, Siegfried RN. Chronic Pain and Disease Conviction. *The Clinical Journal of Pain* 1996; 12:111-117.
14. Gutwinski-Jeggle J. Hypochondria versus the relation to the object. *Int J Psycho-Anal* 1997; 78: 53-67.
15. Hollifield M, Tuttle L, Paine S, Kellner R. Hypochondriasis and Somatization Related to Personality and Attitudes Toward Self. *Psychosomatics* 1999; 40(5): 387- 395.
16. Avia MA. The development of illness beliefs. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47:199-204.
17. Marcus DK. The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers. *Journal of Pschosomatic Research* 1999; 47:79-91.
18. Brown HD, Kosslyn SM, Delamater B, Fama J, Barsky AJ. Perceptual and memory biases for health-related information in hypochondriacal individuals. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47:67-78.
19. Jyväsjärvi S, Joukamää M, Vaisänen E, Larivara P, Kivela SL, Keinene-Kiukaanniemi S. Alexithymia, Hypochondriacal Beliefs, and Psychological Distress Among Frequent Attenders in Primary Health Care. *Comprehensive Psychiatry* 1999; 40:292-298.
20. Fink P, Ewald H, Jensen J, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 261-273.
21. Hollifield M, Paine S, Tuttle L, Kellner R. Hypochondriasis, Somatization, and Perceived Health and Utilization of Health Care Services. *Psychosomatics* 1999; 40(5): 380-386.
22. Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained Symptoms in Primary Care. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:15-21.
23. Garcia-Campayo J, Lobo A, Perez-Echeveria MJ, Campos R. Three Forms of Somatization Presenting in Primary Care Settings in Spain. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186: 554-560.
24. Schwenzer M. Social Fears in Hypochondriasis. *Psychological Reports* 1996; 78: 971-975.
25. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints, and Somatic Styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140(3):273-283.
26. Barsky AJ. Hypochondriasis. *Medical Management and Psychiatric Treatment. Psychosomatics* 1996; 37:48- 56.

27. Tyrer P, Seivewright N, Seivewright H. Long-term Outcome of Hypochondriacal Personality Disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46:177-185.
28. Barsky AJ, Bailey ED, Fama JM, Ahern DK. Predictors of Remission in DSM Hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41:179-183.
29. Eisendrath SJ. Psychiatric Aspects of Chronic Pain. *Neurology* 1995; 45:26-34.
30. Keely R, Smith M, Miller J. Somatoform Symptoms and Treatment Nonadherence in Depressed Family Medicine Outpatients. *Arch Fam Med* 2000; 9:46-54.
31. Gramling SE, Clawson EP, McDonald MK. Perceptual and Cognitive Abnormality Model of Hypochondriasis: Amplification and Physiological Reactivity in Women. *Psychosomatic Medicine* 1996; 58:423-431.
32. Demopulos C, Fava M, McLean NE, Alpert JE, Nierenberg AA, Rosenbaum JF. Hypochondriacal Concerns in Depressed Outpatients. *Psychosomatic Medicine* 1996; 58:314-320.
33. Altamura AC, Carta MG, Tacchini G, Musazzi A, Pioli MR. Prevalence of somatoform disorders in a psychiatric population: an Italian nationwide survey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248:267-271.
34. Escobar JI. Pharmacological Treatment of Somatization/Hypochondriasis. *Psychopharmacology Bulletin* 1996; 32(4):589-596.
35. Clark, DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Fennel M, Ludgate J, Ahmad S, Richards HC, Gelder M. Two psychological treatments for hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1998; 173:218-225.