

ХИПОХОНДРИЈА ИЗМЕЂУ ЗДРАВЉА И ПСИХОЗЕ

Владан СТАРЧЕВИЋ

Универзитет у Сиднеју и Академско одељење за психолошку медицину,
Болница *Nerean*, Пенрит, Сиднеј, Аустралија

КРАТАК САДРЖАЈ

Имајући у виду нејасноће у одређењу хипохондрије, није необично што је концепт хипохондрије веома разнолик и што постоје недоумице у погледу тога шта је све њиме обухваћено и где се налазе његове границе. Стога је циљ овог рада био да се прегледом литературе пружи допринос кохерентнијем сагледавању хипохондрије, што би омогућило и њено адекватније класификовање. Кључне одлике хипохондрије су: прецењена идеја о постојању болести, страх да је особа већ тешко оболела, тражење разумевања и други облици проверавања здравственог стања и поремећаји опажања телесних осећања и симптома. Ова четири аспекта хипохондрије могу да се процењују димензионално, како би се утврдило у којој мери су изражена код сваког пацијента. У раду су такође дате сугестије за прецизније одељивање хипохондрије од бриге о здрављу, стања страха, опсесивно-компулзивног поремећаја, других соматоформних поремећаја, поремећаја личности, депресије и психотичних обољења, која се одликују суманутостима. У недостатку бољих решења, предложено је да се хипохондрија и даље класификује међу соматоформне поремећаје. Ради бољег комуницирања међу клиничарима и смањења концептуалне хетерогености, у раду се пледира да се термин „хипохондрија“ користити само да би се означила примарна хипохондрија. Истакнуто је да се треба одупрети притисцима да се овај назив напусти док се не нађе адекватна замена за овај термин.

Кључне речи: хипохондрија; соматизација; прецењене идеје; брига о здрављу; разумевање; телесна преокупираност

УВОД

Између здравља и лудила налази се хипохондрија.

Имануел Кант

Имануел Кант, можда најблиставији међу немачким филозофима, познат је и по томе што је водио строго уређен живот. Излазио је у шетње увек у исто време, па су становници Кенигсберга наводно дотеривали своје часовнике кад год би га угледали на улици. Данас бисмо такво понашање окарактерисали као испољавање „опсесивне структуре“. Мање је познато да је Кант, по свему судећи, боловао од хипохондрије, па његова опаска о томе где се налази хипохондрија има тежину и зато што је можда заснована на личном искуству.

Данас, после више од 200 година од Кантове смрти, поставља се питање: да ли се наше разумевање места хипохондрије битно разликује од оног које јој је он доделио? Одговор би углавном био одричан. Циљ овог рада је да прикаже најновије концепте о хипохондрији и њене кључне одлике, што ће нам помоћи да овај поремећај боље разумемо и класификујемо. Овим радом се истовремено жели да да допринос одређењу граница хипохондрије, да се прикаже шта је све обухваћено хипохондријом и укаже на могућности смањења хетерогености при концептуализовању хипохондрије.

ДИЛЕМЕ У ОДРЕЂЕЊУ И КЛАСИФИКАЦИЈИ ХИПОХОНДРИЈЕ

Због тога што се о њиховој етиопатогенези и даље мало зна, кључне одлике психијатријских поремећаја одређују начин на који се они дијагностикују и кла-

сификују. Хипохондрија је као психијатријски поремећај (примарна хипохондрија) у актуелним дијагностичко-класификационим системима Четврте текстуалне ревизије Дијагностичког и статистичког приручника за менталне поремећаје (енгл. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision – DSM-IV-TR*) [1] и Десете ревизије Међународне класификације болести (енгл. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*) [2] сврстана међу соматоформне поремећаје, јер се претпостављало да је постојање телесних симптома који се не могу објаснити телесном болешћу њена најважнија одлика. Међутим, други су сматрали да су важније одлике хипохондрије оне које би је класификовале као стање страха [3], као један од поремећаја у спектру опсесивно-компулзивних поремећаја [4] или као поремећај личности [5], или су сматрали да је хипохондрија само испољавање депресије [6]. Пошто хипохондрију није могуће истовремено сврстати на неколико места, поставља се питање да ли је реч о истом обољењу, када се у њему виде тако различита кључна својства, или различити клиничари и истраживачи у истом поремећају налазе оно што њима одговара, како би хипохондрију сместили тамо где они мисле да припада.

Границе психијатријских поремећаја обично нису прецизне и њихова својства се често преплићу с одликама других обољења. У том смислу, хипохондрија није никакав изузетак. Поремећаји с којима се хипохондрија најчешће преплиће јесу: соматизациони поремећај, разна стања страха (нарочито панични поремећај, генерализовано стање страха и специфична фобија од болести), опсесивно-компулзивни поремећај, депресија, поремећаји личности и психотична обољења која се одликују суманутостима. Један број за-

једничких својстава није довољан да се хипохондрија класификује уз неки од ових „сродних” поремећаја, а најпре је потребно доћи до консензуса око тога шта су кључна обележја хипохондрије.

ГЛАВНЕ ОДЛИКЕ ХИПОХОНДРИЈЕ

Симс (*Sims*) [7] је хипохондрију означио као поремећај садржаја пре него форме, при чему је за њега претерана брига о здрављу садржај хипохондрије. Психопатолошке форме преко којих се овај садржај испољава су: халуцинације, сумануте и прецењене идеје, опсесивне руминације, анксиозне преокупације и депресивне руминације. Због тога је у одређењу различитих облика хипохондрије, према мишљењу Симса, главни задатак да се садржај повеже с формом. На пример, један облик хипохондрије се одређује као анксиозна преокупираност претераном бригом о здрављу, други као депресивне руминације, у чијем се центру опет налази пренаглашена брига о здрављу, итд.

У класификацији *DSM-IV* [8] хипохондрија се дефинише као преокупираност или страхом да је особа тешко оболела или идејом да особа има тешку болест, при чему та преокупираност перзистира упркос адекватним медицинским прегледима и разуберавању. Хипохондрија траје најмање шест месеци и има типове са тзв. slabим и добрим увидом. Овде су кључне одлике хипохондрије страх или идеја да је особа оболела и неуспех прегледа и разуберавања да отклоне тај страх или идеју.

У даљој разради најважнијих одлика хипохондрије, Старчевић [9] је постулирао шест компоненти: 1) телесни симптоми (који не морају увек да буду нарочито изражени); 2) преокупираност телом, телесним функционисањем и телесним осећајима; 3) страх да тешка болест већ постоји; 4) сумња да је особа већ тешко оболела (уз једва подношљиву неизвесност у погледу тога да ли болест постоји); 5) хипохондрична понашања (тражење разуберавања и проверавања здравственог стања); и 6) тешкоће у прихватању рутинског медицинског разуберавања. Финк (*Fink*) и сарадници [10] су поставили другачије дијагностичке критеријуме за хипохондрију, при чему је кључни критеријум формулисан као опсесивно руминирање, уз наметање мисли, идеја или страха да је особа оболела. Остали критеријуми укључују бригу о постојању болести, придавање пажње телесним функцијама, сугестибилност (аутосугестибилност), фасцинираност медицинским информацијама, страх од инфекције или контаминације и страх од узимања лекова.

Новија одређења хипохондрије имају пуно додирних тачака, али истичу и елементе који више припадају другим облицима психопатологије или би се могли сматрати споредним за хипохондрију. На пример, страх од инфекције или контаминације више обележава опсесивно-компулзивни поремећај, сугестибилност оболелих од хипохондрије тешко је повезати с њихо-

вим отпором према разуберавању, док је страх од узимања лекова неспецифичан за хипохондрију. Постоје недоумице и у погледу улоге разуберавања у психопатологији хипохондрије. У најновијем покушају да се дефинише хипохондрија [11] представљена је синтеза неколико досадашњих модела тако што су потенцирани заједнички елементи, а хипохондрија концептуализована кроз четири димензије: 1) когнитивна димензија, која се односи на прецењивање опасности која прети од болести и уверење да је особа оболела упркос показатељима који сугеришу супротно; 2) афективна димензија, која се односи на бригу о здрављу и страх од болести; 3) димензија понашања, која се односи на тражење разуберавања; 4) димензија опажања, која се односи на преосетљивост у односу на телесне симптоме и преокупираност телесним осећањима. Наведене четири димензије хипохондрије биће у даљем тексту детаљније описане, како би се прецизније одредиле кључне одлике хипохондрије.

Когнитивна димензија – хипохондрија као поремећај у домену веровања

Поред доминантног веровања да постоји тешка телесна болест, хипохондрију одликују разноврсна веровања о здрављу, болести, телу, телесном функционисању и телесним симптомима. Основно веровање оболелих особа јесте да главна опасност прети изнутра, од тела, због чега се телесни симптоми доживљавају као опасни. Осим тога, многе особе с хипохондријом имају перфекционистичка, ригидна, екстремна, односно „црно-бела” веровања о здрављу. На пример, међу њима се често јавља веровање да је здравље стање без икаквих симптома [12]. Оваква веровања се потом одржавају селекцијом релевантних информација: све оно што је у сагласју с тим веровањима се прихвата, а оно што није се одбацује.

На који начин се формирају веровања у хипохондрији? Недавно формулисана хипотеза о произвољном повезивању може да помогне да се то боље разуме [13]. Према тој хипотези, долази до забуне јер се повезује нешто што је могуће да се догоди (на пример, „Можда ћу се разболети.”) с оним што се вероватно већ догађа (на пример, „Извесно је да сам се разболео.”). Тада особа није у стању да одвоји „могуће” од „вероватног” и можда јој се, због страха и потребе да нешто учини, „вероватно” (дакле, постојање болести) чини као нешто што је ближе стварном. Мисаони токови у хипохондрији се одликују понављањем одређених тема. Ако је то у вези са доживљајем губитка контроле над стресогеним околностима [14], може се претпоставити да се у хипохондрији опасност која прети од тела, симптома, односно болести доживљава као нешто што је ван контроле оболелог, због чега се стрепња која се односи на ту опасност стално понавља.

Верованја у хипохондрији могу да се процењују преко димензија степена наметања, степена компа-

ТАБЕЛА 1. Димензије веровања у хипохондрију и стањима блиским хипохондрији.
TABLE 1. Dimensions of beliefs in hypochondriasis and conditions related to hypochondriasis.

Димензија Dimension	Степен наметања Degree of intrusiveness	Степен его-синтоности Degree of ego-syntonicity	Степен убеђености Strength of conviction
Брига о постојању болести Disease worry	+++/++++	+++	+
Опсесивна мисао о болести Disease obsession	+++/++++	+ / ++	++
Прецењена идеја о болести Disease overvalued idea	+	+++ / ++++	+++
Суманута идеја о болести Disease delusion	+	+++ / ++++	++++

+ = врло низак; ++ = низак; +++ = висок; ++++ = веома висок
 + = very low; ++ = low; +++ = high; ++++ = very high

тибилности са сопственом личношћу (его-синтоности) и степена убеђености. Користећи ове три димензије, могуће је разликовати бриге о постојању болести, опсесивне мисли о болести, прецењене и сумануте идеје о болести (Табела 1). У клиничкој пракси није увек лако да се прецизно одреде границе између ових феномена, али је важно да се то покуша.

Табела 1 показује да је најтеже разликовање прецењених од суманутих идеја о постојању болести, јер се оно заснива само на степену убеђености. Да би се поставила што прецизнија граница између прецењених и суманутих идеја, конструисана су два инструмента, Браун скала за процену веровања [15] и Скала за прецењене идеје [16]. Ови инструменти су веома слични и веровања процењују кроз неколико димензија: степена убеђености, степена фиксираности, степена у којем други имају иста веровања, објашњења за дискрепанцију између сопственог веровања и веровања других, степена увида, покушаја да се провери сопствено веровање, степена отпора према мењању веровања, тачности веровања, степена у којем је веровање „разумно”. Браун скала је чак одредила нумеричку границу, где укупан резултат од најмање 18 бодова од могућа 24 бода (при чему је степен убеђености оцењен максималном оценом 4) указује на постојање суманутости.

У истраживању Старчевића и сарадника које је обухватило 27 испитаника с хипохондријом, дијагностикованом помоћу критеријума *DSM-IV*, прелиминарно је утврђен степен веровања према Браун скали. Укупан број бодова је био између 12 и 20, средња вредност је била 14,67 ($SD=2,00$), а медијана 14. Код само три испитаника укупни резултат био је изнад граничне вредности од 18 бодова, па се по том основу могло сматрати да се код њих испољава суманутост, односно психотично обољење. Поређења ради, у студији у којој је исти инструмент примењен код испитаника са дисморфичким поремећајем (дисморфофобијом) [17] средња вредност за цео узорак била је 16,5 ($SD=5,6$), док је код испитаника са суманутим типом била 21,5 ($SD=2,0$), а код оних са несуманутим типом 13,3 ($SD=4,7$).

Ова разматрања и наши прелиминарни резултати указују на то да се веровања у хипохондрију, као и у неким другим поремећајима (у анорексији нервози,

транссексуализму, дисморфичком поремећају, патолошкој љубомори, параноидном поремећају личности и „кверулантским” или свађалачким параноидним стањима), могу приближно подвести под феноменологију прецењених идеја. Мада се описују већ више од сто година [7, 18-23], прецењене идеје се често занемарују, а разлог за то се може наћи у њиховим нејасним границама у односу на сумануте идеје и „нормалност”. Наиме, реч је о неоснованим, погрешним идејама које толико преокупирају особу да доминирају њеним начином размишљања и њеним понашањем. Ове идеје су его-синтоне, те су зато прихватљиве особи која их има и чине јој се потпуно разумним. Такође, повезане су са снажним осећањима и особа их често изражава уз пуно страсти. Особа је у великој мери уверена да су њене прецењене идеје исправне, али ипак може да их коригује под одређеним околностима. Она не даје објашњења за своје прецењене идеје, која су суманута и другима могу да се учине уверљивим. Прецењене идеје могу негативно утицати на просуђивање и довести до понашања која су штетна по особу или по њену ближу и даљу околину.

Треба истаћи да је прецењена идеја о постојању болести једна од кључних одлика хипохондрије. Забринутост особе због тога што мисли да је оболела од неке тешке болести сама по себи не указује на хипохондрију и пре сугерише постојање стања страха (на пример, генерализованог стања страха). Присилна идеја о постојању болести одликује опсесивно-компулзивни поремећај. Суманута идеја да је особа оболела упућује на психотично обољење, најчешће психозу која се одликује суманутостима. Психоза се налази ван концептуално-дијагностичког домена хипохондрије и због тога је неодрживо дихотомизирање хипохондрије на суманути-психотични и несуманути-непсихотични тип.

Афективна димензија – хипохондрија као стање страха или афективни поремећај

Будући да је страх од тога да је особа већ оболела, уз страх од последица те болести, тако често присутан међу пацијентима с хипохондријом, поставља се питање да ли би хипохондрију било боље одреди-

ТАБЕЛА 2. Однос између хипохондрије и бриге о здрављу.
TABLE 2. The relationship between hypochondriasis and health anxiety.

	Степен страха Degree of fear	Облици испољавања страха Manifestations of fear
Брига о здрављу Health anxiety	+ / ++	„Монотематски“ страх који се односи на здравље или болест (на пример, страх од разболевања у будућности) „Monothematic“ fear related to health or disease (e.g., fear of becoming ill in the future)
Хипохондрија Hypochondriasis	++ / +++	Разноврсни облици страха који се односе на здравље или болест и обавезно укључују страх од већ постојеће болести Diverse fears related to health or disease, which always include fear of already having a disease

+ = низак; ++ = средње изражен; +++ = висок
 + = low; ++ = moderate; +++ = high

ти као стање страха и сврстати је међу стања страха [24]. У последње време су на сцени и покушаји да се хипохондрија замени називима „брига о здрављу“ и „поремећај који се одликује претераном бригом о здрављу“ [25, 26]. Мада је страх од већ постојеће тешке болести вероватно најупечатљивији афективни феномен у хипохондрији, особе с тим поремећајем често испољавају и друге облике патолошког страха. На пример, оне се боје разболевања у будућности, узимања лекова, старења, смрти и разних појава, места, ситуација, људи или предмета који су у вези са здрављем или болешћу [10, 27, 28]. Такође, специфичну фобију од болести одликују и спознаја да је страх претеран, односно безразложан, и избегавање свега оног што би особу могло да подсети на болест или где би она можда могла да се разболи (на пример, лекари, чланци о болестима, медицинска испитивања, болнице, контакти са болесницима и сл.). Зато је оправдано да се страх у хипохондрији концептуализује широко, мада се главна улога придаје страху да је особа већ оболела.

Сматрамо да назив „брига о здрављу“ не може потпуно да замени термин „хипохондрија“, зато што се он односи само на један аспект овог поремећаја [29]. „Брига о здрављу“ може да буде користан термин, али не треба да буде синоним за хипохондрију. Однос између бриге о здрављу и хипохондрије може да се прикаже димензионално и имајући у виду фокус бриге, односно страха (Табела 2). Према овом моделу, у хипохондрији је интензитет страха већи и страх има разноврснија испољавања. Класификовање хипохондрије међу стањима страха не би представљало оптимално решење зато што хипохондрија не може да се сведе на претерану бригу о здрављу.

Димензија понашања – хипохондрија као ненормално понашање у односу на здравље и болест

У домену понашања најупадљивије одлике хипохондрије су упорно тражење разуверавања да телесна болест не постоји и проверавање здравственог стања. То представља суштину међуљудског аспекта хипохондрије, јер су ова понашања могућа само у интеракцијском контексту.

Тражење разуверавања и проверавање здравственог стања немају у хипохондрији увек и једино сврху да неутралишу страх од болести, односно намељиве мисли да је особа оболела, па се по томе хипохондрија разликује од опсесивно-компулзивног поремећаја. Разлози због којих особе с хипохондријом траже разуверавање често имају везе с неадекватним везивањем за примарне објекте из периода најранијег развоја [30]. Неки пацијенти покушавају да разуверавањем елиминирају „соматску неизвесност“ или да с њом некако изађу на крај [22]. Упорна потреба за разуверавањем често одражава несигурност и ниско самовредновање, па се разуверавање тражи да би пацијенти кроз телесне симптоме прибавили бригу и осетили се прихваћеним [31]. Један од парадокса хипохондрије је у томе што је тражење разуверавања толико упорно, а када се разуверавање пружи, пацијенти га веома тешко прихватају. Ово збуњује лекаре, чланове породице и све оне који су у контакту с хипохондричним особама и доводи до бројних несугласица и тешкоћа.

Особе с хипохондријом пружају отпор према рутинском разуверавању, а не нужно и према разуверавању које се примењује у терапијске сврхе [32]. Рутинско разуверавање, које означава саопштавање пацијенту да нема разлога да брине јер су налази прегледа и анализа нормални и не указују на органско обољење, најчешће није ефикасно у интеракцијама с хипохондричним пацијентима, и то из неколико разлога. Особе с хипохондријом су генерално неповерљиве и, по свему судећи, теже им је да буду „наговорене“ у било шта што је у супротности с њиховим системом веровања [33]. Како је већ наведено, особе с хипохондријом често верују да је здравље стање без икаквих симптома, па зато и одбацују уверавања да су здраве, а при том имају телесне симптоме [12]. Хипохондрија се такође одликује перфекционистичким тенденцијама, због чега може да се учини да разуверавање никад није довољно добро [34]. Неки пацијенти с хипохондријом доживљавају разуверавање од стране лекара као још један знак да их нико не схвата озбиљно и да их на тај начин заправо одбацују [32]. Истраживања су јасно показала да су на димензији разуверљивости (способности да буду разуверени) пацијенти с хипохондријом знатно ниже пласирани у поређењу с општом популацијом, пацијентима из опште

праксе и пацијентима из специјалистичке медицинске праксе [35].

Ваља нагласити да су тражење разумевања и други облици проверавања здравственог стања такође кључни за одређење хипохондрије. Међутим, неуспех разумевања не треба да се одржи као дијагностички критеријум за хипохондрију [9, 36], јер без обзира на општу тенденцију особа с хипохондријом да тешко прихватају рутинско разумевање, исход разумевања у великој мери зависи од начина на који се оно пружа. За разлику од хипохондрије, у опсесивно-компулзивном поремећају се осим разумевања и проверавања често користе остали облици неутрализације (друге компулзивне радње, односно избегавање). Осим тога, у опсесивно-компулзивном поремећају се проверавању често прибегава да би се на магијски начин спречила нека несрећа или штета у будућности. Мада љутња као реакција на покушај разумевања хипохондричних особа може да укаже на постојање поремећаја личности, нема оправдања да се хипохондрија сама по себи сматра поремећајем личности.

Димензија опажања – хипохондрија као поремећај у доживљавању тела

Поремећаји у опажању и доживљавању тела јесу домен хипохондрије који је најмање истраживан и о којем се стога најмање зна. Овде су два питања кључна: да ли се у основи хипохондрије налазе поремећаји опажања телесних осећања и симптома и да ли су ти поремећаји специфични за хипохондрију?

У литератури се истиче да је интензиван доживљај телесних функција и телесних осећања важна одлика хипохондрије [10]. Постоје мишљења да су особе с хипохондријом преосетљиве на телесне симптоме или да је код њих нарочито изражен процес тзв. соматосензорног појачавања [37]. Овај процес се односи на опажање телесних збивања која већина људи не примећује. На Скали за соматосензорно појачавање [38] типичне изјаве су: „Често сам свестан разних ствари које се дешавају у мом телу” и „Понекад могу да чујем свој пулс или у ушима осећам лупање срца”. На овој скали су испитаници с хипохондријом постигли високе резултате, али су сличне резултате имали и испитаници са другим соматоформним поремећајима [38].

На основу оваквих сазнања формулисана је теорија о поремећајима опажања телесних осећања и симптома као могуће објашњење соматоформних поремећаја, укључујући хипохондрију [39]. Разлози за ове поремећаје се налазе у појачаном доживљавању телесних осећања (на пример, као последица опште пренадражености или јаке стимулације проприоцептора) или у повећаном пропуштању у свест иначе нормално доживљених телесних осећања (као последица немогућности да особа преусмери фокус пажње са тела на нешто друго). Ако поремећаји опажања игра-

ју улогу у етиопатогенези хипохондрије и других соматоформних поремећаја, то вероватно не може да буде одвојено од улоге других когнитивних фактора, па и од система веровања о којем је било речи. У том смислу, појачано опажање телесних збивања постаје проблем ако се тело доживљава као извор опасности, ако се телесним збивањима придаје већа пажња или ако се та збивања тумаче као знак постојања неке тешке болести.

Треба истаћи да поремећаји опажања телесних осећања и симптома (или појачан доживљај тела, телесних функција и телесних осећања), по свему судећи, представљају кључну компоненту хипохондрије, мада није довољно јасно шта је суштина ових поремећаја (или оваквог доживљавања тела). Постоје индикације да ти поремећаји нису специфични за хипохондрију и да се јављају и код других соматоформних поремећаја, нарочито код соматизационог поремећаја. Зато се разликовање хипохондрије од соматизационог поремећаја ослања на друге критеријуме. Док је значење телесних симптома главни извор сметњи у хипохондрији, у соматизационом поремећају су то сами симптоми – њихова природа, број, интензитет и учесталост. Соматизациони поремећај је чешће удружен с хистрионичким или граничним поремећајем личности, одговарајућим цртама личности и хистрионичким когнитивним обрасцима, док су за хипохондрију типичнији опсесивно-компулзивни поремећај личности, опсесивне црте личности и опсесивни когнитивни обрасци.

ЗАКЉУЧАК

У овом раду су као кључне одлике хипохондрије препознате прецењена идеја о постојању болести, страх да је особа већ тешко оболела, тражење разумевања и други облици проверавања здравственог стања и, најзад, поремећаји опажања телесних осећања и симптома или појачан доживљај тела, телесних функција и телесних осећања. Ова четири аспекта хипохондрије могу се процењивати димензионално, како би се утврдило у којој мери су изражени код сваког пацијента. Мада хипохондрија, као ни већина других психијатријских поремећаја, не поседује довољну концептуално-конструктну ваљаност, овај психопатолошки ентитет се може адекватно користити у свакодневной клиничкој пракси, нарочито ако се што прецизније одреде њене границе у односу на бригу о здрављу, стања страха, опсесивно-компулзивни поремећај, друге соматоформне поремећаје, поремећаје личности, депресију и психотична обољења која се одликују суманутостима.

Хипохондрија је проблем за класификације у психијатрији, јер није прототипични соматоформни поремећај и не може се лако сврстати међу друге менталне поремећаје. Осим тога, постоји дилема како класификовати поремећаје који се налазе на не-

видљивој граници између соматског и психичког, те који припадају и једној и другој сфери. У недостатку бољих решења, сматрамо да хипохондрија треба да остане међу соматоформним поремећајима [29]. Из разлога који су наведени, не мислимо да је место хипохондрије међу стањима страха. Не верујемо ни да је решење у стварању неких нових група поремећаја (на пример, групе под рогобатним називом „психолошки фактори који утичу на утврђена медицинска стања или медицинска стања којих се особа боји” [40]), које би укључивале и хипохондрију.

Ради што бољег комуницирања међу клиничарима и смањења концептуалне разноликости, сматрамо да би термин „хипохондрија” требало користити само да би се означила примарна хипохондрија. То значи да би називе секундарна хипохондрија или пролазна хипохондрија ваљало избегавати и заменити терминима као што су „појачана брига о здрављу у склопу другог менталног поремећаја” (на пример, паничног поремећаја или депресије) и „пролазно појачана брига о здрављу”.

Најзад, последњих година се поставља питање социјалне примерености термина „хипохондрија”. Критичари овог термина указују на то да је он често увредљив, да се користи у пежоративном смислу и да стигматизује пацијенте. Због тога је предложено укидање хипохондрије и увођење назива који би се више допали пацијентима (на пример, „брига о здрављу”). Мада се осетљивост пацијената може разумети, а хипохондрија критиковати као донекле застарело и не баш сасвим прикладан назив, не мислимо да ће се ситуација битно променити само мењањем несавршених термина. Није реално очекивати да пацијенти буду задовољни свим дијагностичким одредницама које се користе у психијатрији и медицини и да постоје називи који неће бити подложни погрешном тумачењу и злоупотреби. Исто тако, верујемо да није логично очекивати да се пацијентима свиде називи поремећаја који им стварају толике сметње. Нема оправдања ни уводити неологизме, као што је „валетудинарија”, уместо појашњавања старих, мада не баш сасвим прикладних назива. У овом контексту се ваља сетити упозорења да неки психијатријски термини имају тенденцију да надживе оне који их сахрањују [41]. Или, према речима Левинсона, „ружа под било којим именом и даље је ружа” [42].

ЛИТЕРАТУРА

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Wells A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide. Chichester: Wiley; 1997.
- Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatr Ann* 1993; 23:355-8.
- Tyrer P, Fowler-Dixon R, Ferguson B, Kelemen A. A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *J Psychosom Res* 1990; 34:637-42.
- Kenyon FE. Hypochondriasis: A clinical study. *Br J Psychiatry* 1964; 110:478-88.
- Sims A. Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology. London: Baillière Tindall; 1988.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Starčević V. Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. In: Starčević V, Lipsitt DR, editors. Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady. New York: Oxford University Press; 2001. p.21-60.
- Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1680-91.
- Longley SL, Watson D, Noyes R. Assessment of the hypochondriasis domain: The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT). *Psychol Assess* 2005; 17:3-14.
- Barsky AJ, Coeytaux RR, Sarnie MK, Cleary PD. Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1085-9.
- Aardema F, O'Connor KP, Emmelkamp PMG, Marchand A, Todorov C. Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The Inferential Confusion Questionnaire. *Behav Res Ther* 2005; 43:293-308.
- Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *J Psychosom Res* 2006; 60:113-24.
- Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity *Am J Psychiatry* 1998; 155:102-8.
- Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37:881-902.
- Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res* 2006; 40:95-104.
- Wernicke C. *Grundrisse der Psychiatrie*. Leipzig: Thieme; 1900.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer; 1913.
- Fish F. *Clinical Psychopathology*. Bristol: John Wright; 1967.
- McKenna PJ. Disorders with overvalued ideas. *Br J Psychiatry* 1984; 145:579-85.
- Starčević V. Diagnosis of hypochondriasis: A promenade through the psychiatric nosology. *Am J Psychother* 1988; 42:197-211.
- Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994; 32:343-53.
- Noyes R. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21:8-17.
- Rief W, Hiller W. Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999; 46:507-18.
- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005; 162:847-55.
- Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and related health attitudes. *Psychosomatics* 1989; 30:412-20.
- Starčević V. Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment implications. *J Contemp Psychother* 2005; 35:227-37.
- Starčević V. Somatoform disorders and DSM-V: Conceptual and political issues in the debate. *Psychosomatics* 2006; 47:277-81.
- Stuart S, Noyes R. Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics* 1999; 40:34-43.
- Starčević V. Role of reassurance and psychopathology in hypochondriasis. *Psychiatry* 1990; 53:383-95.
- Starčević V. Reassurance in the treatment of hypochondriasis. In: Starčević V, Lipsitt DR, editors. Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady. New York: Oxford University Press; 2001. p.291-313.
- Haenen M-A, Schmidt AJM, Schoenmakers M, van den Hout MA. Suggestibility in hypochondriacal patients and healthy control subjects: An experimental case-control study. *Psychosomatics* 1997; 38:543-7.
- Starčević V. Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: Close relatives separated by nosological schemes? *Am J Psychother* 1990; 44:340-7.
- Speckens AEM, Spinhoven P, Van Hemert AM, Bolk JH. The Reassurance Questionnaire (RQ): Psychometric properties of a

- self-report questionnaire to assess reassurability. *Psychol Med* 2000; 30:841-7.
36. Gureje O, Üstün TB, Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. *Psychol Med* 1997; 27:1001-10.
37. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988; 50:510-9.
38. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 1990; 24:323-34.
39. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinol* 2005; 30:996-1002.
40. Fava GA, Wise TN. Issues for DSM-V. Psychological factors affecting either identified or feared medical conditions: A solution for somatoform disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1002-3.
41. Lewis AJ. The survival of hysteria. *Psychol Med* 1975; 5:9-12.
42. Levenson JL. A rose by any other name is still a rose. *J Psychosom Res* 2006; 60:325-6.

HYPPOCHONDRIASIS BETWEEN HEALTH AND PSYCHOSIS

Vladan STARČEVIĆ

University of Sydney Discipline of Psychological Medicine and
Academic Department of Psychological Medicine, Nepean Hospital; Penrith, Sydney, Australia

ABSTRACT

Considering the lack of clarity in the conceptualisation of hypochondriasis, it is not surprising that the concept is quite heterogeneous and that there are dilemmas in terms of what is encompassed by hypochondriasis and where its boundaries are. Therefore, the aim of this review paper was to contribute towards a more coherent view on hypochondriasis, which would also allow its more adequate classification. The essential features of hypochondriasis were identified as an overvalued idea about the presence of disease, fear that the person has already become seriously ill, reassurance-seeking and other forms of health checking, and disturbances in the perception of bodily sensations and symptoms. These four aspects of hypochondriasis can be assessed dimensionally to ascertain to what extent they characterise each patient. Suggestions have been made to delineate more precisely hypochondriasis from health anxiety, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, other somatoform disorders, personality disorders, depression, and delusional disorder with disease-related delusions. In

the absence of better alternatives, hypochondriasis should continue to be classified among the somatoform disorders. In order to improve communication between clinicians and reduce conceptual heterogeneity, the term "hypochondriasis" should be used to refer only to primary hypochondriasis. The pressure to abandon this term should be resisted until an adequate substitution for it has been found.

Key words: hypochondriasis; somatization; overvalued ideation; health anxiety; reassurance; bodily preoccupation

Vladan STARČEVIĆ
Department of Psychological Medicine
Nepean Hospital
Penrith NSW 2751
PO Box 63
Australia
Tel.: +61 2 4734 2585
E-mail: starcev@wahs.nsw.gov.au