

# CONCEPTUL DE ANXIETATE DE SĂNĂTATE – NUCLEUL PSIROPATOLOGIC AL TULBURĂRILOR SOMATOFORME

**Dr. Andreia Mihaela Vasilescu**

*Departamentul de psihiatrie de legătură, Spitalul Universitar,  
București*

## ANXIETATEA DE SĂNĂTATE

Conceptul de anxietate de sănătate se referă la temeri și convingeri legate de sănătate, bazate pe interpretarea distorsionată a senzațiilor și simptomelor corporale ca semne ale unei boli grave (1, 2).

Înțelegerea conceptului de anxietate de sănătate implică înțelegerea proceselor psihologice implicate în cogniția sănătății în general. Componentele anxietății de sănătate (percepția simptomelor, raportarea lor și comportamentele legate de sănătate) au o bază cognitivă, ideile unui subiect față de sănătate fiind reprezentări mintale stabile (3).

## REPREZENTĂRI COGNITIVE LEGATE DE BOALĂ ȘI SĂNĂTATE

În primul rând, subiecții cu anxietate de sănătate ar avea un sistem propriu de concepții legate de boală și sănătate care îi vulnerabilizează pentru a dezvolta ulterior tablouri de intensitate patologică – hipocondrie, tulburări somatoforme. Astfel, indivizii cu anxietate de sănătate au credința generală că cea mai mare parte a simptomelor sunt semne de boală (4). Barsky A. și colaboratorii au confirmat experimental acest lucru, folosind un test de sortare a simptomelor obișnuite și ambigue în „sănătoase” sau „nesănătoase”. La acest test, pacienții cu anxietate de sănătate importantă (cu hipocondrie) au considerat semnificativ mai multe simptome ca fiind legate de boală comparativ cu nonhipocondriicii (5).

Pacienții hipocondriaci, cu un grad mai mare de anxietate de sănătate față de cei cu somatizare, ar avea un prag mai scăzut pentru căutarea ajutorului medical în prezența simptomelor și ar putea fi diferențiați de grupul somatizare cu ajutorul unui instrument adecvat, cum ar fi „Scala de intoleranță la acuze corporale” (*Intolerance of Bodily Complaints Scale*), scala ce conține itemi de tipul „Când

simt ceva în corp consult un doctor de îndată ce pot” (6).

Dar interpretarea distorsionată a simptomelor nu este singurul factor implicat în generarea anxietății de sănătate, impactul interpretării fiind diferit în funcție de gradul de amenințare/pericol perceput (7). Conform acestor autori, la rândul ei amenințarea percepută este dependentă de cel puțin 4 factori:

- 1) probabilitatea percepută a bolii
- 2) percepția efectului catastrofic, îngrozitor al bolii – în ce privește cost personal, suferință, pierdere de rol, perturbarea celor din jur
- 3) percepția abilității personale de a face față bolii (capacitățile de *coping* la boală) – modul în care persoana se percepe capabilă de a preveni agravarea bolii sau de a-i influența cursul
- 4) percepția măsurii în care factorii externi pot ajuta (factori de salvare)

După Salkovskis și Warwick, anxietatea de sănătate este cu atât mai mare cu cât sunt mai mari percepția probabilității bolii și a efectului catastrofic al bolii și cu cât sunt mai scăzute percepția abilității de *coping* la boală și percepția ajutorului extern posibil, conform următoarei ecuații (7):

$$\text{Anxietate de sănătate} = \frac{\text{Probabilitate percepută a bolii} \times \text{Efect catastrofic perceput al bolii}}{\text{Abilitate percepută de coping la boală} \times \text{Percepția posibilității ajutorului exterior}}$$

De exemplu, un pacient poate aprecia probabilitatea bolii ca mică dar caracterul ei ca îngrozitor, având astfel o anxietate de sănătate mare. Dacă se adaugă și o percepție de probabilitate a bolii crescută, anxietatea crește și mai mult. Pe de altă parte, dacă persoana se percepe ca slabă și incapabilă de a face față unei boli iar ajutorul din exterior ca puțin probabil, anxietatea de sănătate va crește

suplimentar. Acest model multifactorial permite nuanțarea și individualizarea situațiilor clinice și adaptarea terapiei în consecință și este aplicabil nu doar în anxietatea de sănătate, ci în general în tulburările anxioase (8).

### MODELUL COGNITIV-COMPORTAMENTAL AL ANXIETĂȚII DE SĂNĂTATE

Anxietatea de sănătate și condiția ei clinică reprezentativă, hipocondria, au ca nucleu psihopatologic interpretarea eronată a senzațiilor corporale benigne ca semne de boală (9). Acești pacienți supraestimează probabilitatea de a avea o boală gravă și de aceea percep propriile simptome ca mai grave decât sunt acestea în realitate (10). Într-o viziune cognitiv-comportamentală, anxietatea de sănătate implică o combinație de erori cognitive (*cognitive bias*) legate de informația care confirmă îngrijorările de boală și comportamente de evitare (consulturi și analize medicale repetate menite să evite anxietatea).

### DEZVOLTAREA ANXIETĂȚII DE SĂNĂTATE

Un model coerent al dezvoltării anxietății de sănătate ar trebui să integreze datele de psihologie cognitivă de mai sus cu date legate de dezvoltarea și istoria anterioară a persoanei dar și cu elemente interpersonale. Un astfel de model este propus de P.G. Williams dintr-o perspectivă cognitiv-comportamentală (4) (vezi figura 1).

Conform acestui model, în hipocondrie și în anxietatea de sănătate există o vulnerabilitate generală pentru anxietate, care poate fi regăsită în general în tulburările anxioase și depresive. Teoreticienii personalității au descris, în cadrul modelului de personalitate în 5 factori (*the Big Five*) un factor de vulnerabilitate numit de ei *neuroticism* (sau instabilitate emoțională) și caracterizat prin tendința persistentă de a trăi afecte negative ca depresia, anxietatea, furia, culpabilitatea (11), fiind legat de o tendință a subiectului de a interpreta situații obișnuite ca amenințătoare și frustrări minore ca dificile și fără speranță. În anxietatea de sănătate, pe acest fond de vulnerabilitate simptomele corporale și starea sănătății sunt percepute ca semnal de amenințare și pericol.

Experiențele precoce din copilărie de tip dificultăți de atașament, hiperpreocupare parentală față de boală sau experiențe interpersonale/familiale ce implică boala, pe acest fond de vulnerabilitate generală la anxietate, vor orienta dezvoltarea ulterioară a anxietății către anxietate de sănătate (4)

prin favorizarea acelor erori (*bias*) de procesare a informației legate de sănătate și boală ce sunt caracteristice anxietății de sănătate.

Aceleași elemente ale istoriei persoanei vor contribui la formarea unui stil interpersonal specific marcat de atașament nesecurizant și căutare excesivă de protecție și îngrijire (12). Acest stil va marca interacțiunile persoanei cu familia, prietenii, dar și cu medicul.

Pentru ca de la erorile de procesare a informației legate de boală să se ajungă la anxietate de sănătate manifestă și de la ea la forma ei de intensitate clinică maximă, hipocondria, mai este însă nevoie de doi factori. Pe de o parte de apariția evenimentului declanșant (*trigger*) care să fie perceput ca amenințare la adresa stării de sănătate, pe de altă parte de eșecul mecanismelor de autocontrol pe care în mod obișnuit persoana le pune în funcție pentru a-și corecta, din mers, cognițiile exagerate legate de boală și comportamentele atașate lor (evitare, verificare, căutarea asigurării). În prezența unui autocontrol eficient, indivizii cu vulnerabilitate vor prezenta anxietate de sănătate dar nu vor dezvolta condiția clinică – hipocondria sau altă tulburare somatoformă.

Odată dezvoltată anxietatea de sănătate, mai ales însoțită de un comportament de evitare și restrângere a activității, ea scade sentimentul de eficiență personală, pune subiectul într-o situație de neajutorare învățată (*learned helplessness*) și reprezintă un risc pentru instalarea depresiei, cu atât mai mare cu cât este prezent factorul comun de vulnerabilitate *neuroticism* (13).

Astfel, acest model are meritul de a explica inclusiv comorbiditatea importantă a anxietății de sănătate cu depresia și alte forme de anxietate, în viața aceleiași persoane putându-se succeda mai multe forme de anxietate, în funcție de ceea ce este perceput ca amenințare de către subiect la un moment dat (4).

### ANXIETATEA DE SĂNĂTATE – NUCLEU PSIHOPATOLOGIC AL TULBURĂRILOR SOMATOFORME

Modelul cognitiv-comportamental evidențiază rolul central al anxietății de sănătate în apariția și menținerea tulburărilor somatoforme, ea constituindu-se într-un veritabil nucleu psihopatologic al acestor afecțiuni.

În primul rând, anxietatea de sănătate este o rezultată finală în care se regăsesc istoria

individului (experiențele familiale și mecanismele de învățare din copilărie legate de boală, experiențe proprii de boală), vulnerabilitatea sa generală la anxietate, formarea de scheme cognitive disfuncționale despre sănătate și boală care în prezența unui eveniment semnificativ activează gânduri automate legate de boală.

În al doilea rând, anxietatea de sănătate este generatoarea tuturor componentelor ansamblului clinic al tulburărilor somatoforme, având consecințe comportamentale, emoționale, cognitive și somatice și constituindu-se într-un adevărat numitor comun al acestor afecțiuni:

- a) consecințe comportamentale:
- evitare
  - verificări corporale repetate
  - căutarea asigurării la prieteni, familie, medic, etc.
  - căutare repetată de informație medicală
  - comportamente de sănătate exagerate – exercițiu fizic excesiv, dietă excesivă
- b) consecințe emoționale
- anxietate
  - depresie
  - furie
- c) consecințe cognitive:
- preocupare cu boală
  - focalizare pe corp
  - monitorizare a fluctuațiilor corporale
  - atenție selectivă la informația negativă legată de boală
  - neglijarea informației pozitive
- d) consecințe somatice:
- hiperactivare fiziologică
  - schimbări corporale funcționale
  - perturbări de somn

O reprezentare schematică a anxietății de sănătate ca nucleu al tabloului psihopatologic al anxietății de sănătate este arătată în figura 2.

Conform acestui model, anxietatea de sănătate se găsește în chiar nucleul psihopatologiei tulburărilor somatoforme, făcând legătura între vulnerabilitatea psihologică, inclusiv cognitivă pentru acest gen de afecțiuni (ce ține de istoria precoce a persoanei), istoria recentă (situație actuală de viață, eveniment declanșator) și declanșarea avalanșei de componente ale tabloului clinic actual al bolii: comportamentale, emoționale, cognitive și somatice. Se poate spune deci că anxietatea de sănătate este un concept care permite o viziune în același timp globală și profundă asupra pacientului somatoform, cu implicații importante în terapia acestor afecțiuni.

## IMPLICAȚIILE CONCEPTULUI DE ANXIETATE DE SĂNĂTATE ÎN ABORDAREA TERAPEUTICĂ A TULBURĂRILOR SOMATOFORME

O abordare a tulburărilor somatoforme conform unui model coerent al bolii, având în centru anxietatea de sănătate, permite o precizare a țințelor terapeutice și o adaptare mai exactă a etapelor terapiei la specificul fiecărui pacient.

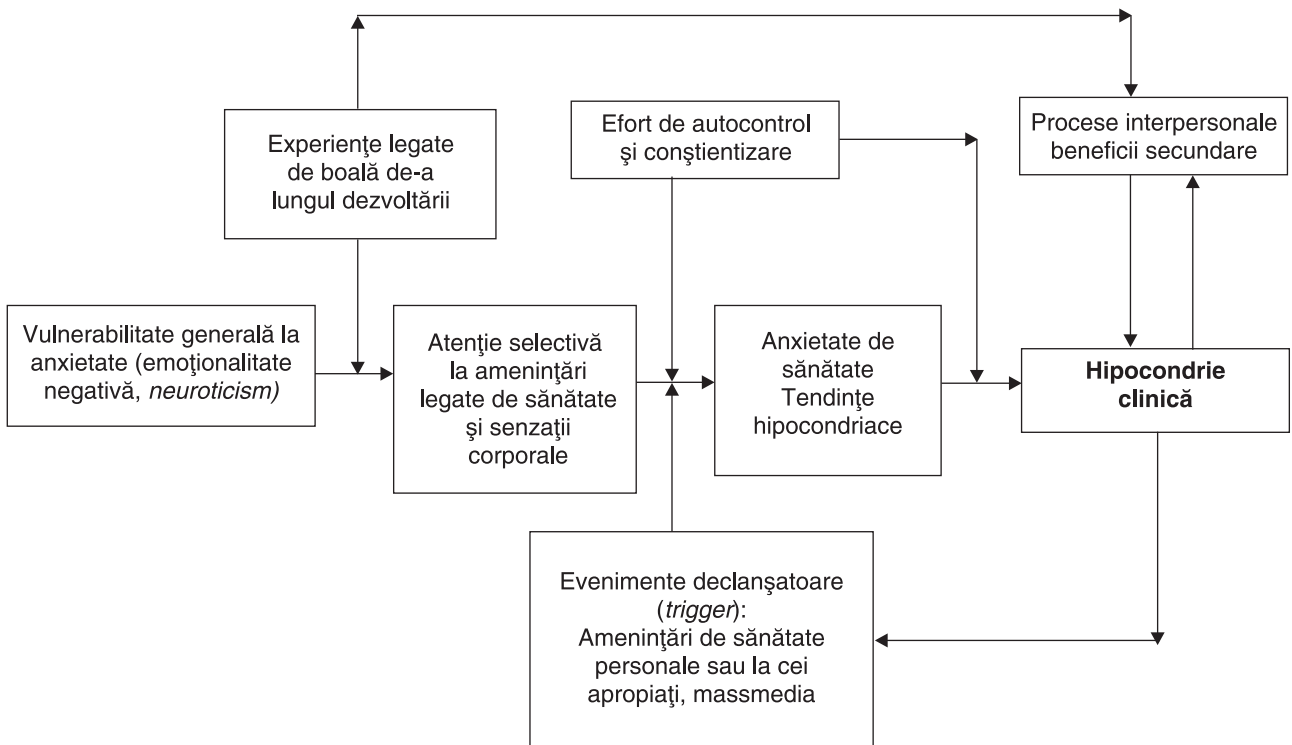
Astfel, din punct de vedere al terapiei cognitiv-comportamentale, de exemplu, abordarea tulburărilor somatoforme centrată pe conceptul de anxietate de sănătate permite aplicarea în terapie a tehnicilor generale cognitiv-comportamentale folosite pentru tulburările anxioase, adaptate la specificul pacientului somatoform. Se obține astfel o coerență a programului terapeutic și o reproductibilitate a sa de la un pacient la altul și de la un terapeut la altul, ceea ce deschide drumul studiilor de eficiență ale psihoterapiei în tulburările somatoforme. De altfel, principalele studii de eficiență în tulburările somatoforme sunt realizate în psihoterapie cognitiv-comportamentală, care tratează aceste afecțiuni centrat pe conceptul de anxietate de sănătate (14).

De asemenea, aplicarea conceptului de anxietate de sănătate permite detectarea și abordarea terapeutică a formelor subclinice de tulburări somatoforme, forme care reprezintă de fapt majoritatea pacienților cu anxietate de sănătate din medicina primară (15).

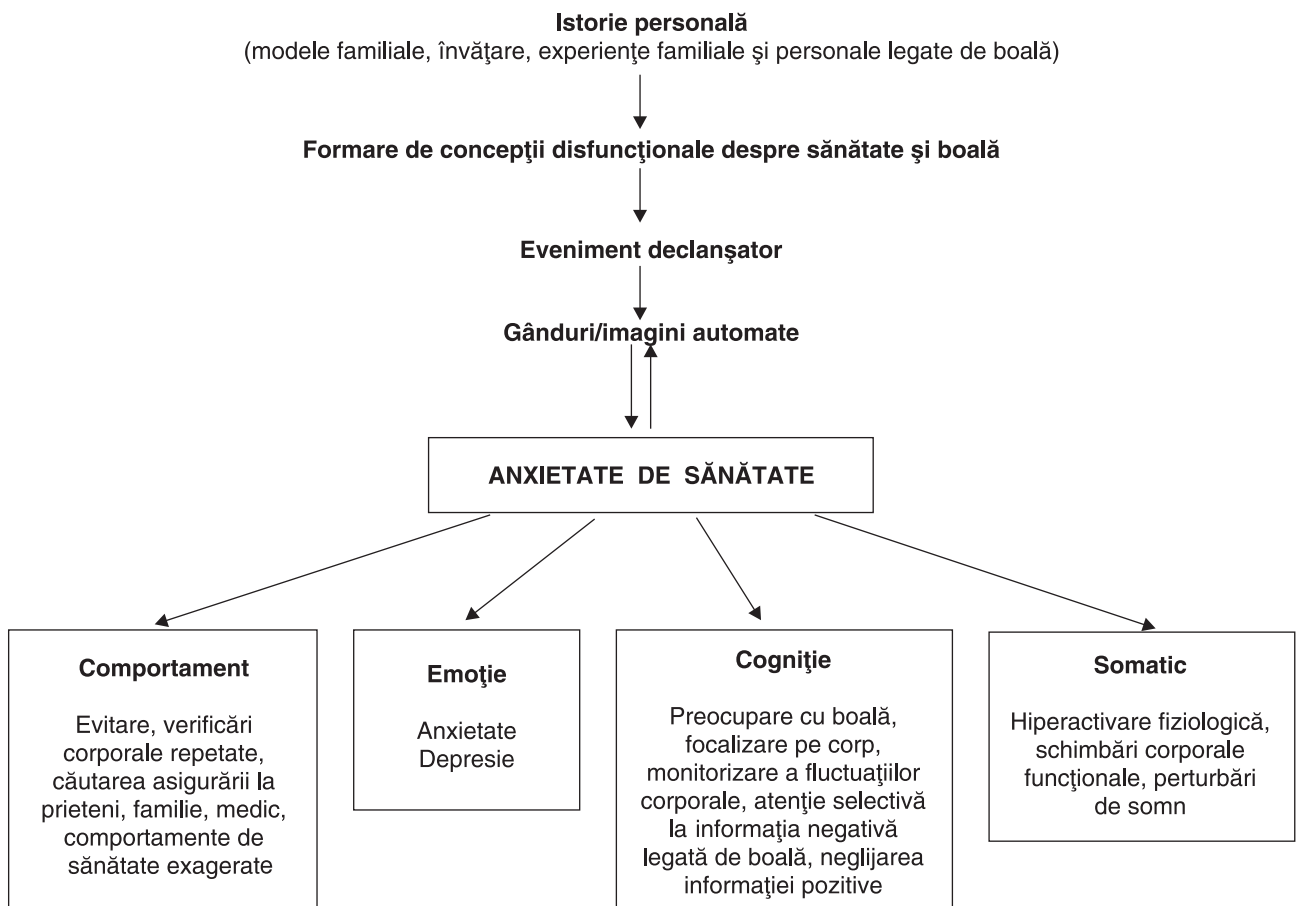
Scorul de anxietate de sănătate poate servi ca măsură a severității tulburării somatoforme și poate fi folosit în evaluarea rezultatelor tratamentului medicamentos, psihoterapeutic sau integrat.

Sensibilizarea medicului la noțiunea de anxietate de sănătate ar putea duce la o mai bună înțelegere a specificului pacientului somatoform și ar deschide calea adaptării relației terapeutice de către fiecare medic în relația cu pacientul său, evitându-se astfel atitudinea de respingere și evitare din partea medicului.

Ameliorarea relației terapeutice la rândul ei creează premise pentru creșterea încrederii pacientului în medicul său, scăzând astfel migrarea din medic în medic și cererea de investigații suplimentare și diminuând semnificativ costurile tulburării somatoforme, una dintre cele mai costisitoare afecțiuni prezente în medicina primară, în prezent subdiagnosticată și subtratată (16).



**Figura 1.** Un model cognitiv de dezvoltare și menținere a anxietății de sănătate și hipocondriei (după Williams PG, 2004)



**Figura 2.** Anxietatea de sănătate – nucleu psihopatologic al tulburărilor somatoforme

## BIBLIOGRAFIE

1. **Lucock, M.P., Morley, S.** – The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1996; 1: 137-150.
2. **Warwick, H.M.C.** – A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 1989; 33: 705-711
3. **Cioffi D.** – Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 1991; 109: 25-41.
4. **Williams PG.** – The Psychopathology of Self-Assessed Health: A Cognitive Approach to Health Anxiety and Hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research*, 2004; 28 (5): 629-644.
5. **Barsky A, Coeytaux R R., Sarnie MK, Cleary PD.** – Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150: 1085-1089.
6. **Rief W., Hiller W., Margraf J.** – Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J. Abnorm. Psychol.* 1998;107 (4):587-595.
7. **Salkovskis P., Warwick H.** – Making Sense of Hypochondriasis – A Cognitive Model of Hypochondriasis. In *Health Anxiety, Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*. Wiley series in clinical psychology, Chichester, 2001, 60-63.
8. **Beck A, Emery G, Greenberg RL.** – *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York. Basic Books. 1985, 78-79.
9. **Barsky A.J., Klerman G.L.** – Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 1983; 140: 273-283
10. **Warwick HM, Salkovskis P.** – Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 1990; 28: 105-117.
11. **Eysenck HJ, Eysenck M W.** – *Personality and individual differences: A natural science approach - Perspectives on individual differences*. Plenum Press (Springer), 1985.
12. **Noyes R, Stuart S, Langbehn D.** – Test of an Interpersonal Model of Hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 2003; 65: 292-300
13. **Lonigan CJ, Vasey MW, Phillips BM, Hazen RA.** – Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004, 33, 8-20.
14. **Salkovskis P, Warwick H, Deale A.** – Cognitive Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Treatment and Crisis Intervention*. 2003;3: 353-367.
15. **Noyes R., Carney C., Hillis S.** – Prevalence and Correlates of Illness Worry in the General Population. *Psychosomatics*. 2005;46:529-539
16. **Wilson-Barnett J.** – Preparing patients for invasive medical and surgical procedures 3: Policy implications for implementations specific psychological interventions. *Behavioral Medicine*, 1994; 20, 23-26.