

# Hypokondri og kognitiv terapi

**Bakgrunn.** Hypokondri er en plagsom lidelse. I denne artikkelen gjennomgås sentrale aspekter ved hypokondri. Diagnostikk og de viktigste differensialdiagnosene forklares.

**Materiale og metode.** Aktuell litteratur vedrørende forekomst, etiologi og behandling refereres. Det legges spesiell vekt på den kognitive modell.

**Resultater og fortolkning.** Prevalensen av primær hypokondri er ca. 1% i befolkningsstudier og 3–4,5% i allmennpraksis. Flere kliniske kontrollerte studier har vist god effekt av kognitiv terapi og atferdsterapi, som i artikkelen forklares og eksemplifiseres. Sentrale temaer i konsultasjonene er spørsmålet om liv og død, tolking av subjektive fysiske symptomer og evnen til å ta avgjørelser under tvil. Dersom de hypokondriske forestillingene er sekundære til en depresjon, vil de forsvinne når grunnlidelsen behandles. Randomiserte, kontrollerte kliniske studier av medikamenter savnes. Nye forskning har ført til økt kunnskap om og forståelse av hypokondri, og strukturerte behandlingsopplegg gir grunnlag for en velbegrunnet optimisme når det gjelder prognosen.

Hypokondri, overdreven helseangst eller sykdomsangst, er en meget plagsom tilstand. Det er ubehagelig å tro at man har en alvorlig sykdom som legen ikke finner. De fleste mennesker mener at det er viktig å oppdage kreft før den sprer seg, og det er en fortvilet situasjon å kjenne på seg at noe er galt med kroppen uten å få vite hva det er. I tillegg til kreft er pasienter med hypokondri oftest redd for å lide av hjertesykdom, alvorlig nevrologisk lidelse (f.eks. multipel sklerose) eller en smittsom sykdom (oftest AIDS). Noen er redd for å utvikle alvorlig psykisk lidelse. Pasientene kan tro at de er døende, ta avskjed med familien og nesten ikke våge å legge seg av frykt for hva som kan skje i løpet av natten. Lidelsen og ensomheten kan da oppleves like sterkt som om de faktisk hadde langt fremskreden kreft. En ekstra belastning er det ikke engang å vite hva man dør av! Tenk om det var noe som kunne helbredes bare det ble funnet?

De fleste pasienter med hypokondri oppsøker lege ofte, og selv uskyldige sympto-

---

**Ingvard Wilhelmsen**

*ingvard.wilhelmsen@med.uib.no*

Institutt for indremedisin

Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass

Universitetet i Bergen

5009 Bergen

---

Wilhelmsen I.

**Hypochondriasis and cognitive therapy.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1126–9.*

**Background.** Hypochondriasis is an annoying disorder. Diagnostic criteria for primary and secondary hypochondriasis as well as comorbidity are explained.

**Material and methods.** Some studies of prevalence, aetiology and treatment are reviewed. Special emphasis is given to the cognitive model.

**Results and interpretation.** The prevalence of primary hypochondriasis in population studies is around 1%, while the prevalence in medical outpatient clinics is 3–4.5%. Several controlled, clinical studies have found positive effect of cognitive-behavioural therapy. Excessive health anxiety that is secondary to depression disappears when the primary disorder is treated. Controlled clinical trials of medication is lacking.

Traditionally, hypochondriasis has been considered a difficult diagnosis to present to the patient and hard to treat. Research has increased our knowledge and understanding of the disease, and structured treatment protocols have led to a well founded optimism concerning prognosis. Central themes in the consultations are the question of life and death, interpretation of subjective somatic symptoms and the ability to make decisions when still in doubt.

---

☞ Se også side 1092

mer kan utløse en legekonsultasjon. Siden de kan være uenige i hva legen sier det er eller hva de skal gjøre med symptomene, og ikke lar seg berolige av gjentatte forsikringer om at intet alvorlig er funnet, oppsøker de gjerne flere leger.

For leger har hypokondrisk lidelse vært en vanskelig diagnose å forholde seg til. Ordet finnes som en vanlig medisinsk diagnose, bl.a. i ICD-systemet (1), men brukes også i dagligtalen, ofte som et skjellsord eller i humoristisk sammenheng. Den konflikten som kan oppstå i forholdet til pasienten når diagnosen stilles og formidles, kan oppleves som ubehagelig. Det er lettere å være enig i pasientens oppfatning og heller rekvirere en ny undersøkelse enn å konfrontere ham med en slik diagnose – hvilket er nødvendig hvis pasienten skal få hjelp.

Formålet med denne artikkelen er å gjøre

legen bedre i stand til å diagnostisere og behandle hypokondri. Diagnostiske kriterier, differensialdiagnostiske overveielser, prevalens, etiologi og behandling vil bli presentert. Hovedvekten vil bli lagt på en kognitiv forståelsesmåte og behandling.

## Diagnostikk

Under beskrivelsen av hypokondrisk lidelse F45.2 i ICD-10 (1) står det: «Det vesentlige kjennetegnet er vedvarende opptatthet av muligheten for å ha en eller flere alvorlige og fremadskridende somatiske lidelser.» Det anføres videre at pasienten gir uttrykk for vedvarende somatiske plager, men at selv normale eller trivielle fornemmelser og utslag ofte tolkes som unormale eller foruroligende av pasienten. Dymorfobofobi, forestillingen om at det er noe galt med deler av kroppen eller utseendet, inkluderes i diagnosen dersom det ikke dreier seg om en paranoid vrangforestilling.

## Differensialdiagnostikk

Hypokondri kan være en primær lidelse eller den kan opptre sekundært til eller parallelt med annen psykisk sykdom. De vanligste differensialdiagnoser eller komorbide tilstander er depresjon, generalisert angstlidelse, panikkklidelse, tvangslidelse, paranoid psykose og somatiseringslidelse.

En viktig differensialdiagnose er *depresjon*. Det er vanlig at pasienter med depresjon presenterer somatiske plager når de oppsøker lege (2). Særlig hos eldre kan dette gjøre diagnostikken av den underliggende depresjonen vanskelig (3). Det er heller ikke uvanlig at pasienter med primær hypokondri utvikler en sekundær depresjon, og dette er i kliniske materialer funnet å være den vanligste komorbide tilstanden (4). Depresjonen kommer da tidsmessig etter helseangsten, som uttrykk for en utmattelse eller fortvilelse over situasjonen.

Sammenhengen mellom angst og hypokondriske forestillinger er godt dokumentert (5). Dersom forestillingene kun opptrer under panikkanfall, diagnostiseres og behandles dette som panikkklidelse og ikke hypokondri (6). Dersom helseangsten er økt også utenom panikkanfallene, kan det dreie seg om komorbide tilstander, og det er i kliniske materialer funnet sterk sammenheng mellom panikkklidelse og hypokondriske tanker (7).

Hos noen pasienter kan sykdomsoverbevisningen ha preg av tvangstanke og være ledd i en *tvangslidelse*. Pasienter med hypo-

kondri er vanligvis ikke skamfulle over sine tanker, noe som er vanlig ved tvangslidelse. Prognosen er ofte dårlig dersom pasienten har en *paranoid psykose* av somatisk type. Forestillingene er da av mer bisarr karakter, f.eks. at man har parasitter på eller under huden eller at man avgir en uutholdelig kroppslukt. Tankene er urokkelige og upåvirkelige av drøfting.

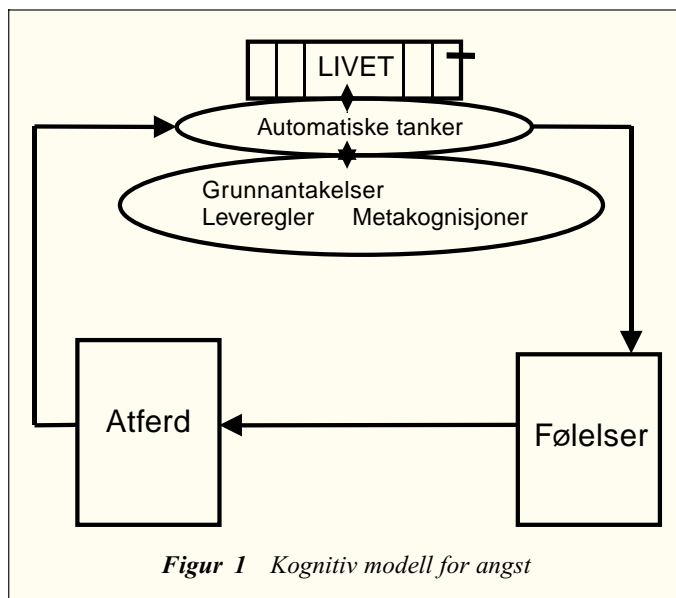
De diagnostiske kriterier er fortsatt under endring når det gjelder de somatoforme lidelser, og det er en betydelig overlapping (8). Ved både somatiseringslidelse og hypokondri har pasienten fysiske symptomer som ikke kan forklares av en somatisk lidelse, men som pasientene er overbevist om har en organisk årsak. Ved somatiseringslidelse har pasienten oftest fra ungdommen hatt en tendens til å oppleve en rekke diffuse fysiske symptomer, men de har ikke den samme tendensen til å katastrofetenke som hypokondren. Pasienter med somatiseringslidelse vil gjerne ha lindring for sine plager, mens pasienter med primær hypokondri først og fremst ser på symptomene som et tegn på alvorlig sykdom, og vil ha denne diagnostisert.

## Etiologi og forekomst

### Etiologi

Hypokondri er en heterogen tilstand med ulike årsaker. At lidelsen har sitt utspring i et sterkt behov for omsorg og oppmerksomhet, synes å være lite fremtredende. Oppmerksomheten man får er ofte negativ, og hyppige utredninger eller legebesøk kan være både ubehagelig og dyrt. De fleste pasienter med hypokondri er ærlig lidende og tror faktisk at de har en alvorlig sykdom. Det skjelles i litteraturen mellom pasienter med høy sykdomsangst, som ofte er mer generelt engstelige eller fobiske, og de som har sterk sykdomsoverbevisning, som ofte har flere fysiske symptomer (9). Dette dreier seg ikke nødvendigvis om to forskjellige pasientgrupper, men samme pasient i forskjellige faser.

I flere studier har man pekt på at overdreven oppmerksomhet vedrørende fysiske symptomer og sterk helseangst hos foreldrene kan være disponerende for utvikling av hypokondri hos barna (10). Det er også funnet typiske personlighetstrekk, f.eks. en sterk opptatthet av helse og kropp og en følelse av økt sårbarhet for sykdom (11). Sammenliknet med kontrollpersoner er det funnet økt rapportering av seksuelle overgrep og fysisk mishandling i barndommen hos pasienter med hypokondri (12). Alvorlig sykdom i nær familie, dødsfall eller en ny livssituasjon med nytt ansvar, f.eks. å bli mor, kan utløse hypokondriske forestillin-



Figur 1 Kognitiv modell for angst

ger. Økt oppmerksomhet mot og sjekking av kroppen vil kunne vedlikeholde symptomene og angsten.

### En kognitiv modell

Figur 1 illustrerer en generell kognitiv angstmodell anvendt ved hypokondri (13–17). I figuren finner man illustrert «livet selv», denne blanding av gleder og sorger, hverdag og fest, konflikter og harmoni, symptomer og velvære osv. I terapi tar man ofte utgangspunkt i en enkelt hendelse eller situasjon i livet, vanligvis en erfaring fra nåtiden. Det kan være et symptom man har opplevd som skremmende, en situasjon som har medført en uønsket sterk emosjonell reaksjon eller en urovekkende tanke. Situasjonen blir så gjenstand for analyse og drøfting, med det formål å få tilgang til de underliggende holdninger eller leveregler. For å identifisere disse bruker man de automatiske tankene, de tankene som spontant dukker opp i en gitt situasjon. De viktigste levereglene ved hypokondri er oftest relatert til døden, evnen til å leve med usikkerhet og kunne ta avgjørelser under tvil, synet på fortiden, nåtiden og fremtiden, synet på seg selv, holdningen til angst og kriterier for symptomtolking.

Med metakognisjoner menes «tanker om tanker», dvs. hvilken holdning man har til det fenomenet som er aktuelt (døden, subjektive symptomer, angst, sinne osv.). Pasientene er ofte ikke klar over hvilke holdninger de faktisk har, og kan bli svært forbauset når dette avdekkes. Forholdet mellom tanker, følelser og atferd er komplisert, og pilene som er anført i figuren, kan gå begge veier. Pasienten blir ved å studere figuren bevisstgjort på at det er forskjell på tanker og følelser. Det er vanligvis en logisk og nær sammenheng mellom tankene og følelsene. Tenker man «dette er urettferdig» blir man sint, «dette er farlig» fører til angst, «jeg gjør alltid feil» ledsages av tristhet eller nedstemthet osv. Følelsene (sinne, angst,

nedstemthet, glede, forvirring, skam, avsky, sjalusi, overraskelse) kan blandes, slik at man ikke nødvendigvis kun opplever én tanke og følelse om gangen.

Typiske leveregler ved hypokondri er «fysiske symptomer er vanligvis tegn på alvorlig sykdom», «jeg kommer til å dø ung av kreft», «leger tar som regel feil», «jeg er spesielt utsatt for å bli syk», «hvis jeg får kreft, kommer jeg til å bli gal eller gå amok», «jeg tåler ikke å vente på prøveresultater», «jeg tåler ikke usikkerhet når det gjelder helsen min», «hvis ikke jeg sjekker kroppen regelmessig, kommer sykdommen til å spre seg» osv. I gitte situasjoner, f.eks. når man kjenner et fysisk symptom eller hører om noen som er syke, kan

slike underliggende holdninger aktiveres og utløse automatiske tanker. Disse er korte og fragmenterte, og ofte sterkt emosjonelt ladet. Typiske automatiske tanker er «nå har jeg fått kreft», «dette tåler jeg ikke», «jeg kommer til å dø». Mange har indre bilder, f.eks. sin egen begravelse. Den ledsagende følelsen er oftest angst, og atferden avledes logisk ut fra de aktuelle tanker: Det kan være stadig sjekking av kroppen eller at man oppsøker lege.

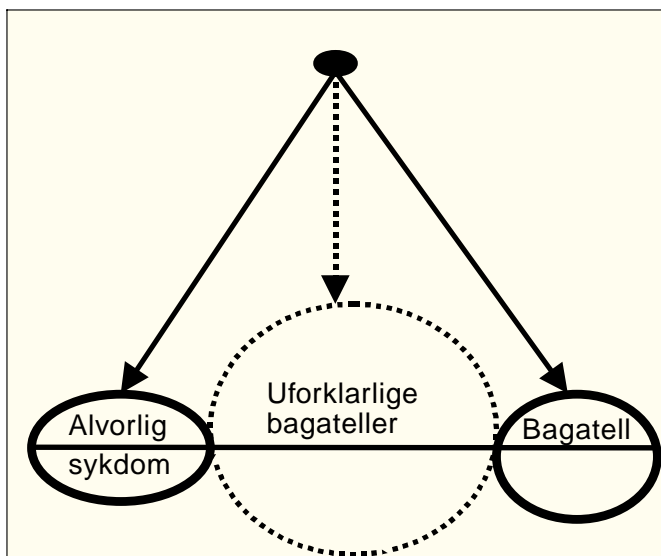
Et eksempel på en metakognisjon er synet på angst. Alle mennesker opplever angst av og til. Tankene om angst er ofte forskjellige hos dem som takler dette greit og hos dem som får et angstproblem. Tenker man et angst er helt normalt, noe man tåler godt, vil angsten sjelden bli noe stort problem. Tenker man imidlertid at «jeg tåler ikke mer angst», «får jeg mer angst nå, så kommer det til å klikke for meg, hjertet kommer til å stoppe», så vil dette i seg selv øke angstopplevelsen og hos de fleste utløse unngåelsesatferd. Det blir da livsviktig å unngå angst.

### Forekomst

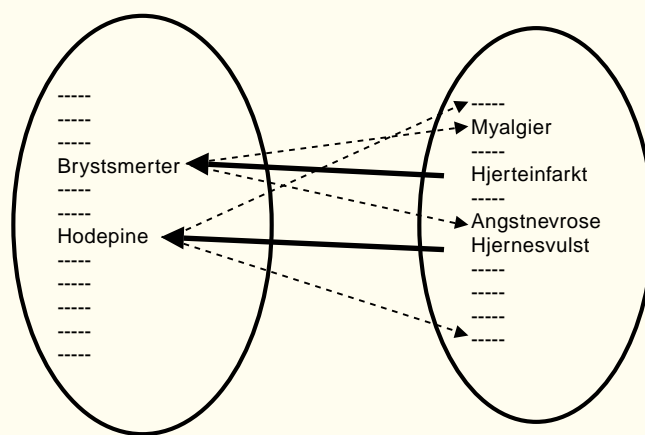
Undersøkelser i befolkningen generelt viser i vestlige land en prevalens av hypokondri på 0,2 til 1,3%, avhengig av hvor strenge kriterier man krever for å stille diagnosen (18). I en stor befolkningsundersøkelse i Tyskland svarte 10% ja på spørsmålet om de var redd for eller overbevist om at de hadde en alvorlig sykdom, selv om legen ikke hadde funnet noen tilfredsstillende forklaring på plagene (19). I allmennpraksis er det funnet en prevalens på 3% (USA), 4,5% (Italia) og 0,8%–1,5% (Nigeria) (20–22). Prevalensen blant pasienter som kom til en medisinsk poliklinikk i USA var 4–6% (23), mens forekomsten på en psykiatrisk poliklinikk var 1–2%.

### Behandlingsstudier

Ved sekundær hypokondri gjelder det som hovedregel at man skal behandle grunnsyk-



Figur 2 Prinsipper for symptomtolking



Figur 3 Forholdet mellom subjektive symptomer og sykdommer

dommen. Dette vil i sin tur føre til reduksjon av de hypokondriske forestillinger. Prinsipielt kan man velge mellom samtalerapi, medikamentell behandling eller en kombinasjon av disse.

#### Psykoterapi

Hypokondri har lenge vært ansett for å være umulig eller vanskelig å behandle. Dette er nå annerledes. Nye behandlingsmetoder har ført til en større optimisme både hos pasienter og leger.

Pilotstudier i slutten av 1980-årene og i begynnelsen av 1990-årene antydte at både atferdsterapi og kognitiv terapi var nyttige tilnærminger til lidelsen (24–26). Den første kontrollerte kliniske studie som viste god effekt av psykoterapi kom i 1996 (27). 32 pasienter ble tilfeldig fordelt til venteliste eller 16 timer kognitiv terapi. Med tre måneders oppfølging var pasientene som fikk aktiv behandling bedre enn ventelistepasientene, både vurdert av pasienten selv, behandleren og en uavhengig observatør. I en senere studie i Oxford ble 48 pasienter randomisert til kognitiv terapi eller atferdsterapi med stressmestring, og fulgt opp i 12 måneder etter avsluttet terapi (28). Sammenliknet med å vente var begge behandlingene effektive. Pasientene som fikk kognitiv terapi hadde lavere helseangst, men ellers var det ingen forskjell på behandlingsgruppene. Senere studier og oversiktsartikler har bekreftet at både kognitiv terapi og atferdsterapi er effektiv behandling (29, 30).

#### Medikamenter

Dersom hypokondrien er sekundær til depresjon, er det god dokumentasjon for at medikamentell behandling eller elektrokonvulsiv terapi har god effekt (31, 32). Både trisykliske antidepressiver og serotoninre-

opptakshemmere har vært brukt. Når sykdomsbildet har form av en monosymptomatisk paranoid psykose, f.eks. forestillinger om parasitter, kan nevroleptika forsøkes.

Det finnes få studier over effekten av medikamenter ved primær hypokondri, og trisykliske antidepressiver er ikke vist å være effektive.

#### Behandling i praksis

##### Alliansebygging

Pasienten har i utgangspunktet en annen agenda enn legen. Han vil vite hva som feiler ham, og det er derfor nødvendig å bruke tid og omtanke på å bygge en felles plattform og allianse. Pasienten har ofte behov for å få bekreftet at symptomene er reelle og at de ikke sitter i hodet. Legen må akseptere alle subjektive symptombeskrivelser, men ikke nødvendigvis alle tolkinger. Å behandle pasienten med respekt, varme og empati er viktig i alle lege-pasient-relasjoner, og helt avgjørende ved hypokondri. Å forklare den kognitive modellen for hypokondri kan i seg selv virke alliansebyggende og styrke samarbeidet.

Det finnes flere faktorer som kan motivere oss leger til å holde på for lenge med undersøkelser og utredning i jakten etter en fysisk, organisk lidelse. Når vi er usikre og ikke helt vet hva vi skal gjøre, er det vanlig at vi gjør det vi kan, f.eks. rekvirere undersøkelser. I tillegg kommer vår legitime omsorg for eget rykte og pasientens fremtid. Det er svært beklagelig dersom en alvorlig fysisk lidelse ikke blir oppdaget. Ekstra ille er det dersom diagnosen hypokondri skulle vise seg å skjule kreft eller en annen alvorlig, potensielt helbredelig sykdom. På den annen side er det også uheldig å overse en psykiatrisk lidelse eller å mistolke angstsymptomer som tegn på fysisk lidelse.

Hvem kan behandle pasienter med hypokondri? Økt helseangst er et såvidt vanlig fenomen at etter min mening bør alle leger som driver pasientrettet virksomhet kunne forholde seg til fenomenet på en fornuftig måte. I mange tilfeller vil relativt enkle avklaringer kunne ha stor betydning. Noen ganger er en samtale hos allmennlegen nok, i andre tilfeller er problemene mer sammensatte og kompliserte og det kan kreves flere konsultasjoner, ev. henvisning til spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi. I spesialistpraksis er vanlig timeantall ved hypokondrisk lidelse 12–20 konsultasjoner à 45–50 minutters varighet.

#### Symptomtolking

I behandlingen er det ofte avgjørende å identifisere de metakognisjonene som er selve motoren i angstgenereringen. Et vanlig tema ved hypokondri er tolking av subjektive fysiske symptomer. Mange pasienter med hypokondri har kun to kategorier å velge mellom, nemlig «forklarlig bagatell» eller «alvorlig symptom» (fig 2). Dersom man har en slik minimalistisk tolkningsnøkkel, blir man lett offer for økt helseangst. Det er da viktig at pasienten tar et nytt standpunkt, basert på at subjektive fysiske symptomer faktisk er svært vanlig i befolkningen (33). Ofte finner man ingen god forklaring, og symptomet kan da plasseres i kategorien «uforklarlig bagatell». Mange symptomer må «legges på vent», så får vi se hvordan det utvikler seg. Parallelt med den kognitive bearbeiding må pasienten øve på å endre atferd. Det er en god regel i livet å la bagateller være bagateller. Det er ikke nok hver gang pasienten kommer med et nytt symptom å undersøke, utrede, berolige, å be ham om å ta seg sammen eller slutte å være så redd. Pasienten må få konkret hjelp til endring. Det er viktig å

understreke den øvingsmuligheten som ligger i å få nye symptomer eller tilbakefall. Dette er ikke noe man skal være redd for, men en sjanse til å avdekke hvor man fortsatt henger fast, hvilke holdninger man ennå ikke har endret eller rett og slett en fin treningsmulighet.

Et annet poeng når det gjelder symptomtolking er forskjellen på å gå fra en spesifikk sykdom til et symptom og å tolke et uspesifikt symptom som tegn på en bestemt sykdom (fig 3). Går man fra hjerteinfarkt til brystmerter, så er det en klar sammenheng mellom disse. Over 80 % av dem som får infarkt, har smerter. Går man imidlertid motsatt vei, er bildet helt annerledes. Kun 20 % av dem som har brystmerter, har hjerteinfarkt. Det kan like gjerne være muskelsmerter, øsofagitt, traume, angst osv. For pasienten kan en illustrasjon som figur 3 gjøre det forståelig hvorfor man må være forsiktig med å tolke uspesifikke eller diffuse symptomer som sikre tegn på en spesifikk sykdom. Dersom man katastrofetenker og velger den farligste tolkingen, vil man nesten alltid ta feil, siden man velger den minst sannsynlige tolkingen, og man vil få mange unyttige og unødvendige angstreaksjoner.

#### Å leve med usikkerhet

Drivkraften i en hypokondrisk tilstand kan være et sterkt ønske om ikke å dø nå eller vansker med å tåle usikkerhet. Dette kan føre til at det blir vanskelig å vente på en avklaring. Pasienten må vite med én gang om symptomet er farlig eller ikke, og spør legen: «Hva kan dette være?» Siden uspesifikke symptomer i verste fall, men sjelden, kan være begynnelsen på noe alvorlig, vil de fleste ikke bli beroliget av de ærlige svar de får. Istedenfor å spørre legen hva dette i verste fall kan være, kan det være bedre å spørre hva dette sannsynligvis er. Det er uhensiktsmessig å gjøre unntaket til hovedregel.

Dersom noen mener om seg selv at de ikke tåler usikkerhet på de områdene som for dem er spesielt viktige, f.eks. helse, så sier de egentlig at de ikke tåler å være her i vår usikre verden. Dette er et standpunkt som det er takknemlig å drøfte med pasientene, og heldigvis er det mulig å øve opp evnen til å ta avgjørelser under tvil. Enkelte mennesker har problemer med å avfinne seg med grunnleggende forhold knyttet til menneskelivet, f.eks. døden, livets urettferdighet etc. Avhengig av hvilke problemområder eller temaer som kommer frem, vil dette bli gjenstand for drøfting av holdninger, holdningsendringer og ny atferd.

#### Avslutning

Hypokondri illustrerer den erfaring mange har gjort, nemlig at det ikke alltid er de ekte, virkelige problemene vi møter som gjør livet spesielt vanskelig for oss, men de tenkte.

Katastrofetenking fører til at vi bruker mye energi og nattesøvn til å forberede oss på tenkte problemer som kanskje aldri kom-

mer. Tenkte problemer kan vi, i motsetning til de ekte, slippe. Den angsten de utløser, er både utmattende og unyttig fordi den ikke kan brukes til aktiv problemløsning, problemene er jo foreløpig på et potensielt og tenkt plan og derfor prinsipielt uangripelige. Hypokondri reiser mange prinsipielt viktige spørsmål – om liv og død, helse og sykdom og betydningen av å kunne ta avgjørelser under tvil. Fra å være en diagnose med få behandlingsmuligheter og dyster prognose er hypokondri blitt en tilstand som omfattes av betydelig interesse og som har god prognose.

#### Litteratur

1. Statens helsetilsyn. ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. Oslo: Elanders Forlag, 1998.
2. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734–41.
3. Ruegg RG, Zisook S, Swerdlow NR. Depression in the aged. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 83–99.
4. Noyes R jr., Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM, Sualzar MT, Woodman CL. Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 78–87.
5. Noyes R jr. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 8–17.
6. Barsky AJ, Barnett MC, Cleary PD. Hypochondriasis and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 918–25.
7. Furer P, Walker JR, Chartier MJ, Stein MB. Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 78–85.
8. Schmidt AJM. Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 306–15.
9. Fallon BA, Qureshi AI, Laje G, Klein B. Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 605–16.
10. Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 821–33.
11. Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and related health attitudes. *Psychosomatics* 1989; 30: 412–20.
12. Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, Cleary PD. Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 397–401.
13. Wilhelmsen I. Hypokondri og kognitiv terapi. Oslo: Pax, 1997.
14. Wilhelmsen I, Bødtker J. Kognitiv behandling av subjektive somatiske symptomer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 861–4.
15. Wilhelmsen I. Hypokondri og «den onde sirkel». I: *Medicinsk årbok* 1997. København: Munksgaard, 1997: 71–6.
16. Wilhelmsen I. *Livet er et usikkert prosjekt*. Oslo: Pax, 2000.
17. Wilhelmsen I. Kognitiv terapi ved somatiforme lidelser. *Tidsskr Nor Psykologforen* 2001; 38: 735–45.
18. Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychol Med* 2001; 31: 577–84.
19. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 2001; 63: 595–602.
20. Escobar JJ, Gara M, Waitzkin H, Silver RC, Homan A, Compton W. DSM-IV Hypochondriasis in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 155–9.
21. Favarelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology and somatoform disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 24–39.
22. Gureje O, Ustun TB, Simon GE. The syndrome of hypochondriasis. *Psychol Med* 1997; 27: 1001–10.
23. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL, Latham KS. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 1997; 32: 24–9.
24. Warwick H, Marks I. Behavioural treatment for illness phobia and hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 239–41.
25. Stern R, Fernandez M. Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *BMJ* 1991; 303: 1229–31.
26. Visser S, Bouman TK. Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1992; 30: 301–6.
27. Warwick HM, Clark DM, Cobb AM, Salkovskis PM. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 189–95.
28. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Fennell M, Ludgate J et al. Two psychological treatments for hypochondriasis. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 218–25.
29. Visser S, Bouman TK. The treatment of hypochondriasis. *Behav Res Ther* 2001; 39: 423–42.
30. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 205–15.
31. Kellner R, Fava GA, Lisansky J, Perini GI, Zielezny M. Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia. *Affect Disord* 1986; 10: 21–6.
32. Casey DA. Depression in the elderly. *South Med J* 1994; 87: 559–63.
33. Eriksen HR, Ihlebæk C, Ursin H. A scoring system for subjective health complaints. *Scand J Public Health* 1999; 27: 63–72.