

**Un model tridimensional “anxietate de sănătate – depresie – somatizare” în
tulburările somatoforme – implicații clinice și terapeutice**

REZUMAT

**Doctorand
Andreia Mihaela Vasilescu**

**Conducător științific:
Prof.Dr.Rodica Macrea**

CUPRINS

PARTEA I: STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII 4

INTRODUCERE 4

I.Definirea anxietății de sănătate 5

II.Aspecte adaptative ale anxietății de sănătate 6

III.Anxietatea de sănătate – între o abordare categorială și una dimensională 6

IV.Forme clinice de anxietate de sănătate 8

A.Hipocondria 8

B.Fobia de boală 13

C.Ideile delirante hipocondriace 14

D.Tulburările somatoforme nonhipocondriace 15

E.Atacurile de panică și anxietatea de sănătate 26

F.Anxietatea generalizată și anxietatea de sănătate 28

G.Tulburarea obsesiv-compulsivă și anxietatea de sănătate 28

H.Depresia și anxietatea de sănătate 29

V.Variabile perceptuale, emoționale și psihocognitive implicate în anxietatea de sănătate30

A.Simptom și percepție în anxietatea de sănătate 30

B.Elemente emoționale în anxietatea de sănătate 32

C.Elemente psihocognitive implicate în anxietatea de sănătate 33

VI.Modelul cognitiv-comportamental al anxietății de sănătate 36

VII.Anxietatea de sănătate – nucleu psihopatologic al tulburărilor somatoforme 40

**VIII.Implicațiile conceptului de anxietate de sănătate în abordarea terapeutică a
tulburărilor somatoforme 43**

PARTEA A II-A: CONTRIBUȚII PERSONALE 44

Evaluarea comparativă a anxietății de sănătate, depresiei, somatizării, anxietății-stare și
anxietății-trăsătură, la pacienții somatoformi față de pacienți depresivi, pacienți cu tulburare de
panică și pacienți somatici fără diagnostic psihiatric 44

I.Introducere: importanța și scopul lucrării 44

II.Obiectivele studiului 47

III. Ipoteze de lucru 48

IV. Metoda 50

A. Subiecți 50

a. Locul studiului 50

b. Modul de recrutare 50

c. Etică și confidențialitatea cercetării 50

d. Criterii generale de includere și de excludere 50

e. Constituirea grupurilor studiate 51

Grupul de studiu – pacienți cu tulburări somatoforme 51

1. Subgrupul hipocondrie (H) 51

2. Subgrupul pacienți somatoformi nonhipocondriaci (S) 51

Grupuri de control 52

3. Grupul depresie (D) 52

4. Grupul tulburare de panică (AP) 52

5. Grupul pacienți medicali (somatici) (M) 52

f. Descrierea populației studiate 53

Distribuția pe grupuri 53

Vârsta 54

Sexul 55

Nivelul educațional 56

B. Proceduri și materiale 57

B.1. Chestionare psihologice utilizate 57

B.2. Validarea în limba română a chestionarului anxietății de sănătate (Health Anxiety Questionnaire) 58

B.2.1. Fundamentare 58

B.2.1.a. Chestionare standardizate de evaluare a anxietății de sănătate 58

B.2.1.b. De ce Health Anxiety Questionnaire? 61

B.2.2. Obiective 62

B.2.2.1. Traducerea și adaptarea culturală 62

B.2.2.2. Studiul de validare a versiunii finale a HAQ 68

a. Obiective 68

b. Metode 68

c. Prelucrarea datelor și analiza statistică folosită 71

d. Ipoteze testate 72

e. Rezultate 73

f. Discutarea rezultatelor 81

g. Concluzii 83

B.3. Fișa de culegere a datelor 84

B.4. Metodologia studiului 84

C. Metode statistice 86

V. Rezultate 88

I. Compararea scorurilor pentru fiecare test psihologic între grupurile studiate 90

Scorul anxietății de sănătate (scor HAQ) 90

Scorul anxietății-stare (STAI-stare) 98

Scorul anxietății-trăsătură (STAI-trăsătură) 103

Scorul depresie (scor BDI-varianta scurtă) 108

Scorul somatizare (SCL somatizare) 113

II.Căutarea corelațiilor între scorurile fiecărui test psihologic și scorurile celorlalte teste 119

VI.Discutarea rezultatelor 125

1.1.Discutarea scorurilor înregistrate la prima evaluare 125

1.2.Discutarea scorurilor înregistrate la a 2a evaluare 130

2.Discutarea corelațiilor semnificative între scoruri 135

2.1.Calcularea coeficienților de corelație Pearson 135

2.2 Interpretarea coeficienților de corelație Pearson semnificativi pentru fiecare grup 136

2.3.Interpretarea corelațiilor existente pentru fiecare scor la prima evaluare cu același scor la a doua evaluare 140

3.Un model tridimensional anxietate de sănătate-depresie-somatizare în tulburările somatoforme 141

3.a.Către un model psihopatologic al tulburărilor somatoforme 141

3.b.Modele dimensionale în tulburările somatoforme 142

3.c.Modelul tridimensional anxietate de sanatate-depresie-somatizare în tulburările somatoforme 144

3.d.Implicații clinice ale modelului tridimensional 147

3.e.Implicații terapeutice ale modelului tridimensional 155

VII.CONCLUZII 159

VIII.BIBLIOGRAFIE 161

Cuvinte cheie: hipocondrie, tulburări somatoforme, anxietate de sănătate, depresie, somatizare, model dimensional

Introducere

Tulburările somatoforme au o pondere importantă în consulturile din medicina primară iar pacienții somatoformi au o cerere crescută de servicii medicale, fiind mari consumatori de fonduri ale sănătății.

Statutul psihopatologic și locul tulburărilor somatoforme în clasificările psihiatrice actuale sunt însă subiect de controversă, poziția lor în viitoarea clasificare DSM V fiind în continuare în dezbateri. O mai bună definire psihopatologică a tulburărilor somatoforme ar fi esențială pentru situarea lor ca entitate diagnostică dar și pentru fundamentarea evaluării și terapiei acestor afecțiuni.

Anxietatea de sănătate, somatizarea, comorbiditatea cu depresia reprezintă direcții actuale ale cercetării în domeniul tulburărilor somatoforme.

Partea generală a lucrării de doctorat începe prin a defini anxietatea de sănătate și a prezenta aspectele adaptative ale anxietății de sanatate (capitolul I și II). În continuare se prezintă perspectiva dimensională și cea categorială asupra anxietății de sanatate, subliniindu-se avantajele practice ale abordării dimensionale (capitolul III). Capitolul IV trece în revistă formele clinice de anxietate de sănătate din tulburările somatoforme hipocondriace și nonhipocondriace dar și din afecțiunile nonsomatoforme. Se abordează relația anxietății de sănătate cu depresia și cu somatizarea.

În capitolul V se abordează anxietatea de sănătate din perspectiva variabilelor perceptuale, emoționale și psihocognitive implicate. Capitolul VI prezintă modelul cognitiv-comportamental al anxietății de sănătate, mecanismele de dezvoltare a anxietății de sănătate și cele de menținere. În finalul părții generale (capitolul VII) se evidențiază rolul central al anxietății de sănătate ca nucleu psihopatologic al tulburărilor somatoforme.

Partea a doua a lucrării este dedicată contribuției personale și cuprinde “Studiul de evaluare comparativă a anxietății de sănătate, depresiei, somatizării, anxietății-stare și trăsătură, la pacienții somatoformi față de pacienți depresivi, pacienți cu tulburare de panică și pacienți somatici fără diagnostic psihiatric”, cu următoarele capitole:

Capitolul I: Introducere : importanța și scopul lucrării

Studiul răspunde unei necesități de clarificare psihopatologică asupra tulburărilor somatoforme, pentru a da coerență diagnosticării, evaluării și terapiei acestor afecțiuni.

În acest scop cercetarea actuală și-a propus să aducă elemente care să contureze răspunsul la următoarele întrebări:

Sunt anxietatea de sănătate, respectiv somatizarea, definiții pentru tulburările somatoforme, diferențiindu-le de alte patologii psihiatrice sau de pacienții somatici?

Anxietatea de sănătate și somatizarea sunt intercorelate sau variabile de sine stătătoare?

Cât de importantă este prezența depresiei sau a anxietății generale nespecifice în tulburările somatoforme? Care este relația anxietății de sănătate, respectiv a somatizării, cu depresia și anxietatea generală nespecifică? Sunt ele doar reflectări ale fenomenologiei mai generale depresive sau anxioase?

Este hipocondria diferită de celelalte tulburări somatoforme ca nivel de anxietate de sănătate?

Este anxietatea de sănătate din tulburările somatoforme un fenomen tranzitoriu sau are un caracter de trăsătură, un grad de stabilitate în timp?

În ce măsură rezultatele cercetării susțin construirea unui model dimensional al tulburărilor somatoforme și care ar fi aplicabilitatea unui astfel de model în evaluarea și terapia tulburărilor somatoforme?

Majoritatea scalelor de anxietate de sănătate au fost create și validate în limbi și culturi anglosaxone, de aceea a fost necesară în studiul de față validarea unei scale de anxietate de sănătate (Health Anxiety Questionnaire) în limba română.

Capitolul II: Obiectivele studiului

Pentru atingerea scopurilor cercetării redată mai sus am fixat ca obiective concrete:

- Evaluarea comparativă a 5 scoruri: anxietate de sănătate, anxietate-stare, anxietate-trăsătură, depresie și somatizare
 - a) la pacienții cu tulburări somatoforme (hipocondriace și nonhipocondriace) față de pacienți cu alte diagnostice psihiatrice (depresie, tulburare de panică) sau nonpsihiatrice (pacienți cu afecțiuni medicale cronice), inițial și la 6 luni.
 - b) la pacienții cu tulburări somatoforme hipocondriace față de cei cu tulburări somatoforme nonhipocondriace)
- Compararea fiecărui scor la momentul 1 și la momentul 2 pentru fiecare grup.
- Căutarea corelațiilor semnificative între fiecare scor și celelalte 4 scoruri măsurate la momentul inițial și la 6 luni pentru toți pacienții și în fiecare grup de studiu.
- Traducerea și adaptarea culturală a chestionarului anxietății de sănătate, evaluarea fidelității, validității și proprietăților psihometrice ale versiunii sale în limba română.

Capitolul III: Ipoteze de lucru

Cercetarea actuală și-a propus verificarea următoarelor ipoteze de lucru:

- Anxietate de sănătate mai mare la pacienții somatoformi decât la grupurile de control și dintre aceștia la somatoformii hipocondriaci față de somatoformii nonhipocondriaci.
- Somatizare semnificativ mai mare la pacienții somatoformi decât la grupurile de control și dintre aceștia la somatoformii nonhipocondriaci față de somatoformii hipocondriaci.
- Scor anxietate de sănătate și scor somatizare semnificativ mai mare la 6 luni la pacienții somatoformi față de grupurile de control
- Scor depresie mai mare la pacienții somatoformi față de pacienții somatici și față de cei cu anxietate tip panică
- Corelare pozitivă a anxietății de sănătate cu somatizarea dar lipsa corelării anxietății de sănătate respectiv a somatizării cu depresia în grupul tulburări somatoforme

Capitolul IV: Metoda

A) Subiecți

Studiul s-a realizat pe un total de 290 subiecți împărțiți după cum urmează

Grupurile de studiu: 140 pacienți cu tulburari somatoforme din care 90 pacienți-grupul tulburari somatoforme nonhipocondriace (S) și 50 pacienți - grupul hipocondrie (H)

Grupurile de control: depresie (D) - 50 pacienți cu episod depresiv major, tulburare de panica (P) - 50 pacienți și grupul martor nonpsihiatric (M) - 50 pacienți cu boli somatice cronice noninvalidante și fara diagnostic psihiatric asociat).

S-au respectat atât criteriile de includere și de excludere generale cât și criteriile de includere și excludere specifice pentru fiecare grup.

Varsta medie a subiecților a fost de 40,9 ani cu extreme între 18 și 66 ani. S-a notat de asemenea sexul și nivelul educational în fiecare grup, pentru a verifica eventuale interferențe statistice legate de distribuția pe vârstă, sex sau educație.

B) Proceduri și materiale

Chestionare psihologice utilizate

Am evaluat anxietatea de sănătate cu ajutorul chestionarului anxietății de sănătate (*Health Anxiety Questionnaire*) creat de Lucock și Morley în 1996. Pentru depresie am folosit Inventarul Beck de Depresie-varianta scurtă în 13 itemi (*Beck Depression Inventory-Short Form*-BDI-SF). Pentru evaluarea somatizării am utilizat subscala somatizare a chestionarului SCL-90 R (Symptom Check List 90 Revised) iar pentru anxietatea generală stare și trasatura am folosit Inventarul de anxietate-stare și anxietate-trăsătură forma Y (State-Trait Anxiety Inventory - STAI Y).

Studiul de validare în limba română a chestionarului anxietății de sănătate

Absența unui instrument tradus și validat în limba română pentru evaluarea anxietății de sănătate a necesitat realizarea unui studiu de validare a Chestionarului anxietății de sănătate HAQ, după obținerea prealabilă a acordului autorilor. Obiectivelor, metodologiei, prelucrării statistice și rezultatelor acestui studiu de validare le este dedicat capitolul IV.B.2. al lucrării.

Varianta în limba română a chestionarului anxietății de sănătate s-a dovedit un instrument cu o bună consistență internă, fidelitate prin metoda înjumătățirii, fidelitate test-retest, validitate discriminativă și validitate de conținut, calitățile sale psihometrice recomandându-l pentru folosirea în studiul de față.

Metodologia studiului.

Cercetarea de față este un studiu comparativ longitudinal prospectiv. După repartizarea pe grupuri conform criteriilor de includere și excludere subiecții au primit timp de 6 luni tratament după principiul "de la caz la caz" (antidepresiv însoțit sau nu de anxiolitic) pentru pacienții cu diagnostic psihiatric, respectiv tratamentul afecțiunii medicale cronice pentru grupul martor nonpsihiatric. La 6 luni de la prima evaluare s-a făcut o a doua evaluare cu aceeași baterie de teste, în același loc și cu același investigator (autorul). În scopul de a înlătura influența eventualei comorbidități asupra variabilelor psihologice, la prelucrarea statistică a datelor s-au calculat separat scorurile medii la pacienții somatoformi hipocondriaci și nonhipocondriaci "puri", fără alt diagnostic comorbid (grupul HS).

Metode statistice

Am utilizat teste statistice de semnificație la risc maxim $\alpha = 0,05$ (5%) și putere minimă $(1 - \beta) = 0,8$ (80%). Calculul dimensiunii eşantioanelor a arătat că numărul de subiecți luați în studiu a asigurat o putere a studiului de peste 80%.

Am folosit testul Bartlett (F) și testul Levene pentru a testa normalitatea datelor și omogenitatea dispersiilor. Pentru compararea scorurilor am folosit metoda ANOVA, testul Kruskal-Wallis, teste de comparare multiplă, teste t pe eşantioane perechi, iar pentru căutarea corelațiilor semnificative între scoruri am folosit coeficientul de corelație "r", luând în considerare doar valorile $r > 0,50$.

Am folosit teste post hoc Bonferroni și metoda ANOVA pentru a verifica că nu există diferențe semnificative de vârstă, sex sau educație între grupuri.

V) Rezultate

Anxietatea de sănătate

La prima evaluare scor HAQ 44,28 în grupul hipocondrie, semnificativ mai mare decât în toate celelalte grupuri, și scor HAQ în grupul tulburări somatoforme nonhipocondriace (26,91) semnificativ mai mare decât în grupul AP (17,04), în grupul D (13,62) și în grupul M (10,14). La a doua evaluare scorurile

HAQ au variat între 23,02(grupul H) și 8 (grupul D), cu valorile grupului S (15,78), grupului AP (10) și grupului M (10) situate intermediar între aceste două extreme, fiind semnificativ mai mare în grupul H fata de grupul S și în grupul S fata de grupurile D, AP și M.

Scorul somatizare

La prima evaluare scorurile medii ale SCL-somatizare au variat între 22,76 în grupul tulburări somatoforme nonhipocondriace și 5,8 în grupul M (afecțiuni medicale), cu valori intermediare pentru hipocondrie (H) (15,08), depresie D (11,62) și tulburare de panică AP (9,96). Scorul de somatizare a fost semnificativ mai mare în grupul S fata de celelalte grupuri și comparabil în grupul H fata de grupul D și grupul AP. La a doua evaluare scorurile medii ale SCL somatizare au variat între 12,6 (grupul S) și 5,42 (grupul M), cu valorile grupului H (8,9), grupului AP (4,68) și grupului D (4,22) situate intermediar între aceste două extreme. Scorurile de somatizare nu au fost semnificativ diferite în grupul S fata de H, dar au fost semnificativ mai mari în grupul S respectiv H fata de celelalte grupuri.

Scorul depresie

La prima evaluare scorurile medii ale BDI au variat între 18,78 în grupul depresie (D) și 4,1 în grupul M (afecțiuni medicale), cu valori intermediare pentru hipocondrie (H) (13,02), tulburări somatoforme nonhipocondriace (9,36) și tulburare de panică (6,98). La a doua evaluare scorurile medii ale BDI au variat între 5,7 (grupul D) și 4,16 (grupul M), cu valorile grupului H (5,54), grupului S (4,54) și grupului AP (4,2) situate intermediar între aceste două extreme.

Scorul anxietate-stare

La prima evaluare scorurile STAI-stare au variat între 62,12 (grupul H) și 33,74 (grupul M), cu valorile grupului S (51,41), grupului AP (51,26) și grupului D (51,72) situate intermediar între aceste două extreme. La a doua evaluare scorurile STAI-stare au variat între 47,84 (grupul H) și 33,52 (grupul M), cu valorile grupului S (42,22), grupului AP (40,92) și grupului D (40,68) situate intermediar între aceste două extreme

Scorul anxietate-trăsătură

La prima evaluare scorurile medii ale STAI-trăsătură au variat între 46,68 (grupul H) și 32,88 (grupul M), cu valorile grupului S (40,63), grupului AP (39,24) și grupului D (39,74) situate intermediar între aceste două extreme. La a doua evaluare scorurile medii ale STAI-trăsătură au variat între 43,34 (grupul H) și 32,00 (grupul M), cu valorile grupului S (38,54), grupului AP (37,94) și grupului D (37,78) situate intermediar între aceste două extreme.

Corelații obținute în cadrul primei evaluări

Scorul HAQ 1 s-a corelat pozitiv cu scorul STAI-stare 1 pentru toți pacienții și în grupul H ($r=0,548$), S ($r=0,618$) și M ($r=0,573$). În grupul HS (somatoformi "puri" fără comorbizate) această corelație a fost cea mai înaltă ($r=0,699$). În grupul panica (AP) scorul HAQ 1 s-a corelat cu scorul BDI 1 ($r=0,583$), iar în grupul depresie (D) HAQ 1 s-a corelat pozitiv cu scorul SCL somatizare 1 ($r=0,540$).

Corelații obținute la a doua evaluare

Scorul HAQ 2 a fost corelat pozitiv atât cu scorul STAI-stare 2 cât și cu scorul STAI-trăsătură 2 dar doar pentru pacienții din grupul HS (somatoformi H și S fara comorbiditate).

Corelații între scoruri la prima evaluare cu scoruri la a doua evaluare

S-au mai obținut corelațiile HAQ1- STAI stare2 ($r=0,549$) și STAI stare1-HAQ2 ($r = 0,512$) pentru toți pacienții, iar în grupul HS corelațiile pozitive scor HAQ 1- scor STAI stare 2 ($r =0,580$) și scor HAQ 1- scor STAI trăsătură 2 ($r =0,512$).

VI) Discutarea rezultatelor

1. Discutarea scorurilor la prima și la a doua evaluare

Valorile ridicate ale anxietății de sănătate în grupurile H și S comparativ cu celelalte grupuri au fost interpretate în sensul caracterului definitoriu al anxietății de sănătate pentru tulburările somatoforme. Scorul maxim al anxietății de sănătate la hipocondriaci, alături de scoruri mai mari ale anxietății-stare și anxietății-trăsătură au argumentat aspectul psihopatologic distinct al hipocondriei față de celelalte tulburări somatoforme și statutul ei de "boală a anxietății de sănătate" (*health anxiety disorder*) propus de unii autori pentru hipocondrie în viitorul DSM V.

Distribuția diferențiată a scorurilor HAQ pe grupe de patologie, de-a lungul unui continuum, a fost folosită ca argument pentru caracterul dimensional al anxietății de sănătate.

Scorul de somatizare a fost considerat definitoriu pentru tulburările somatoforme nonhipocondriace, fără să diferențieze semnificativ hipocondriacii de pacienții depresivi sau de cei cu atacuri de panica.

Luând în considerare scorul BDI ce se încadrează la începutul intervalului depresiei severe pentru grupul hipocondrie și la depresie moderată pentru pacienții H și S fără comorbiditate, s-a reținut depresia ca o dimensiune psihopatologică importantă pentru tulburările somatoforme, detașându-le net de pacienții cu atacuri de panică (în cazul hipocondriei) și de cei cu afecțiuni medicale fără diagnostic psihiatric (în cazul hipocondriei dar și al tulburărilor somatoforme nonhipocondriace).

Mentineră după 6 luni a unor scoruri HAQ semnificativ mai mari în grupul tulburări somatoforme (H și S) față de celelalte grupuri a fost un argument pentru caracterul durabil, de trăsătură, al anxietății de sănătate în tulburările somatoforme.

Menținerea la a doua evaluare a unui scor de somatizare ridicat în grupul S și în grupul H a fost interpretată ca persistența în timp a unei tendințe la somatizare ca o trăsătură durabilă a subiecților somatoformi.

2. Discutarea corelațiilor semnificative între scoruri

Lipsa corelației semnificative între HAQ și SCL somatizare în grupul S și grupul H, asociată însă unor scoruri ridicate (semnificativ față de alte grupuri psihopatologice) pentru ambele, a arătat că în cazul tulburărilor somatoforme anxietatea de sănătate și somatizarea sunt mai curând fațete concomitente ale aceluiași fenomen decât variabile care se determină una pe cealaltă.

Absența unei corelații pozitive între scorul HAQ și scorul BDI a argumentat contra unei determinări directe a anxietății de sănătate de tabloul depresiv în sine. În schimb prezența în grupul D a unei corelații pozitive de 0,54 între scorul HAQ și scorul SCL-somatizare a sugerat în cazul pacienților depresivi o determinare secundară a anxietății de sănătate, legată de prezența simptomelor somatice din cadrul depresiei.

3. Un model tridimensional anxietate de sănătate – depresie –somatizare în tulburările somatoforme

Rezultatele studiului au evidențiat anxietatea de sănătate și somatizarea ca dimensiuni reprezentative și durabile pentru tulburările somatoforme. Depresia s-a adăugat ca o a treia dimensiune importantă prin intensitatea tabloului depresiv și prin frecvența comorbidității depresive la pacienți somatoformi.

Integrând cele trei dimensiuni propuse, am propus un model psihopatologic al tulburărilor somatoforme care să explice geneza și relația reciprocă între anxietate de sănătate, depresie și somatizare.

În continuare am evidențiat utilitatea clinică a unui algoritm de evaluare în 3 dimensiuni pentru pacientul somatoform și am conturat profilele tridimensionale pentru fiecare grup studiat.

Am încheiat partea de discuții cu propunerea unui algoritm terapeutic al tulburărilor somatoforme plecând de la situația pacientului în spațiul celor 3 dimensiuni propuse.

VII. Concluzii

Rezultatele prezentului studiu au condus la formularea următoarelor principale concluzii:

1. Un nivel crescut de anxietate de sănătate, cu un caracter durabil, de trăsătură, este definitoriu pentru pacienții cu tulburări somatoforme (atât hipocondriace cât și nonhipocondriace), diferențiindu-i semnificativ de alte grupuri psihopatologice.
2. Hipocondria se caracterizează printr-o anxietate de sănătate semnificativ mai mare decât restul tulburărilor somatoforme și printr-un nivel de anxietate generală (stare și trăsătură) mai mare decât toate celelalte grupuri, conturându-se ca o adevărată boală a anxietății de sănătate.
3. Un nivel crescut de somatizare, cu un caracter durabil, de trăsătură, este definitoriu pentru pacienții cu tulburări somatoforme nonhipocondriace, diferențiindu-le semnificativ atât de hipocondrie cât și de alte grupuri psihopatologice.
4. Anxietatea de sănătate și somatizarea nu sunt semnificativ corelate între ele, structurându-se ca două fațete concomitente ale fenomenului somatoform.

5. Anxietatea generală - stare și trăsătură nu diferențiază pacienții somatoformi nonhipocondriaci de pacienții depresivi și de cei cu tulburare de panică nici la prima evaluare nici la distanță și nu este reținută ca definitorie pentru tulburările somatoforme.
6. Tulburările somatoforme se diferențiază de celelalte grupuri studiate atât ca nivel de anxietate de sănătate cât și în ce privește corelațiile semnificative între scoruri, conturându-se astfel ca o categorie diagnostică separată, cu un profil psihopatologic distinct. Se susține astfel clasificarea lor în continuare ca o categorie diagnostică separată, propusă recent de grupul de lucru pentru DSM V.
7. Anxietatea de sănătate se distribuie diferențiat în grupurile studiate, de-a lungul unui continuum, având deci un caracter dimensional.
8. Depresia reprezintă în cazul tulburărilor somatoforme o dimensiune importantă, care le detașează net de pacienții cu atacuri de panică (în cazul hipocondriei) și de cei cu afecțiuni medicale fără diagnostic psihiatric (în cazul hipocondriei dar și al tulburărilor somatoforme nonhipocondriace).
9. Pacienții cu tulburări somatoforme cunosc o diminuare importantă a anxietății de sănătate, somatizării, depresiei și anxietății generale și deci o ameliorare globală a tabloului clinic după 6 luni de tratament psihotrop cu antidepressive (combinat sau nu cu anxiolitice).
10. Dimensiunile anxietate de sănătate, somatizare, depresie se detașează ca elemente esențiale ale tabloului psihopatologic al tulburărilor somatoforme, creând premisele trasării unui model tridimensional pentru psihopatologia acestor afecțiuni, model cu implicații în elaborarea unui algoritm de evaluare și a unui algoritm de tratament în tulburările somatoforme.

Curriculum Vitae

Informatii personale

Nume/Prenume Andreia Mihaela Vasilescu
 Nume anterior casatoriei Roman
 Adresa 51, bd Iuliu Maniu, Bloc 22 B, sc A, et 3 apt 9, sector 6, Bucurest , Romania
 Telefon 00 40 21 2026116/2026117 Mobile: 0744 654949
 E-mail alvasilescu@yahoo.com

Nationalitate Romana

Data nasterii 13/09/1963

Domenii de interes Psihatrie de legatura, psihosomatica, terapie cognitiv-comportamentala, abordarea interdisciplinara a durerii

Experienta profesionala

Data Din 2000 pana in prezent

Functie Medic primar psihiatru, Departamentul de Psihiatrie de Legatura, Spitalul Universitar Bucuresti

Activitate Consultatii pentru pacientii internati si ambulator, terapie cognitive-comportamentala, cercetare in domeniul tulburarilor somatoforme si psihosomaticii

Data 1998 – 2000

Functie Medic primar psihiatru, Spitalul Clinic Alexandru Obregia, Bucuresti

Activitate	Terapie integrativa pentru pacientii spitalizati, managementul echipei terapeutice
Data	Noiembrie 1993 - 1998
Funcție	Rezident in psihiatrie (intern) in Franta, prin concurs. Repartizata dupa medie la Facultatea Paris XI-Kremlin-Bicetre
Activitate	Psihiatru sub supervizare: psihiatrie adulti, psihiatrie de sector – Spitalul de Psihiatrie Paul Guiraud, Spitalul de Psihiatrie Ville Evrard, Spitalul de Psihiatrie Perray Vacluse, Spitalul de psihiatrie din Beziers; psihiatrie de legatura: Spitalul General din Vileneuve St Georges; pedopsihiatrie: Spitalul din Perray-Vaocluse Psihiatrie academica: Spitalul Universitar “Paul Brousse”, Villejuif –sub coordonarea Prof Guelfi
Data	Ianuarie 1991- Noiembrie 1993
Funcție	Secundar (rezident) in psihiatrie –in urma concursului de secundariat din 1990; post ales la Spitalul Al Obregia din Bucuresti
Activitate	Formare ca psihiatru sub supervizare, farmacoterapia pacientilor spitalizati in cadrul Spitalului Al Obregia
Data	1988 - 1990
Funcție	Medic stagier, Spitalul Clinic Fundeni, Bucuresti
Activitate	Stagii de cate 6 luni in ginecologie, boli infectioase, chirurgie, cardiologie
Educatie si formari	
Data	Din noiembrie 2005 si pana in prezent
	Doctorand in psihiatrie al UMF Cluj sub coordonarea prof Rodica Macrea Cercetare in domeniul psihopatologiei tulburarilor somatoforme si al anxietatii de sanatate
Data	Septembrie 2001
	Absolvirea cursului ”Aspecte stiintifice ale studiilor clinice in psihiatrie si neurology” organizat de Vienna School of Clinical Research
Data	Noiembrie 1993- Mai 1998
Titlu obtinut	Psihiatru absovent DIS (diploma interuniversitara de specializare)
Activitate	Cursuri si seminarii organizate in cadrul Universitatii de Medicina Paris XI –Kremlin-Bicetre, memoriu de absolvire cu tema “Comportamentul de tip A si locul de control la pacientul cu boala ischemica coronariana”
Data	1994-1998
Titlu obtinut	Psihoterapeut cognitiv-comportamental
Activitate	Cursuri, workshopuri si psihoterapie sub supervizare, memoriu de absolvire
Organizatia care ofera formarea	Asociatia Franceza de Terapie Cognitiva si Comportamentala
Data	Iunie 1999
Titlu obtinut	Medic primar psihiatru, in urma examenului de primariat organizat de Catedra de Psihiatrie a UMF Bucuresti

Data	1995-1996
Titlu obtinut	Diploma Interuniversitara de Psihosomatica
Activitate	Cursuri, seminarii si activitate de cercetare, memoriu de absolvire sub supervizarea Prof Sila Consoli (Facultatea de medicina Paris VI)
Organizatia care ofera formarea	Universitatile de medicina Paris VI, Paris VII si Paris VIII
Data	1990 - 1993
Titlu obtinut	Medic specialist psihiatru –sesiunea ianuarie
Activitate	Cursuri si seminarii in cadrul secundariatului organizat de Catedra de Psihiatrie a UMF Bucuresti
Data	1982-1988
Titlu obtinut	Diploma de Doctor-medic Facultatea de medicina generala din Bucuresti
Articole originale publicate in extenso	<p><u>Andreia Vasilescu</u>: „Un model tridimensional anxietate de sanatate-somatizare-depresie in tulburarile somatoforme”, Psihiatru.ro (CNCSIS C), 2010 , Nr. 21, 2/2010, Anul VI, 34-39</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>, Eugenia Panaitescu: „Health Anxiety in Somatoform Disorders – Results of a Comparative Longitudinal Study”, Medica – a Journal of Clinical Medicine (CNCSIS B+), 2009, Volume 4, No. 2, 114-123</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>: „Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Romanian translation of the Health Anxiety Questionnaire”, InfoMedica (CNCSIS B), 2009, Nr. 1 (147), 18-23</p> <p><u>Andreia Mihaela Vasilescu</u>: „Conceptul de anxietate de sanatate – nucleul psihopatologic al tulburarilor somatoforme”, Revista medicală Română (CNCSIS B), 2008, Vol. LV, Nr. 2, 82-86</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>: „Aspecte psihopatologice si diagnostice in hipocondrie”, Psihiatru.ro (CNCSIS C), 2008, Nr. 15, 14-18</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>: De la concept la terapie in bolile psihosomatice. Psihiatru.ro (CNCSIS C), 2008, nr 15, 24-30.</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>: Obsesii si compulsii. Psihologia azi, nr 10, iulie-august 2005</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>: Bulimia- studiu de caz. Psihologia azi, nr 5, septembrie-octombrie 2004</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>, L.Vasilescu, G.Cicu. Modele cognitiv-comportamentale in toxicomanii. Psihiatria si psihofarmacologia prezentului, 2002;3-4;40-48</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>. Locul psihoterapiei cognitive in terapia actuala a psihozelor. Revista Romana de Psihoterapie, voluml IV nr 1, 2001</p> <p>Florin Tudose, <u>Andreia Vasilescu</u>. Sindromul premenstrual – actualitati etiopatogenice, implicatii terapeutice. Infomedica nr. 7 (77), anul VIII, 2000.</p> <p>Florin Tudose, <u>Andreia Vasilescu</u>. Actualitati in etiopatogenia sindromului de oboseala cronica. Revista Romana de Psihiatrie, seria a III a, vol II, nr 2-3, 2000.</p> <p><u>Andreia Vasilescu</u>: Strategii terapeutice in psihoterapia cognitiva a fobiei sociale. Revista Romana de Psihoterapie, vol III, nr 1, mai 1999.</p>
Carti	Sindroame ratacitoare. FlorinTudose, Catalina Tudose, Andreia Vasilescu, Simona Tamasan, Editura Infomedica, 2005
Prezentari orale	<u>Andreia Vasilescu</u> -Tratamentul comorbiditatii durere cronica-depresie,o abordare centrata pe pacient. Conferinta Nationala a Asociatiei Romane pentru Studiul Durerii., octombrie 2010

Andreia Vasilescu Durerea la femeie – un model biopsihosocial. Simpozionul Asociației Române pentru Studiul Durerii, iunie 2008

Andreia Vasilescu, Florin Tudose. Rolul anxietății pentru sănătate în durerea cronică - implicații clinice și terapeutice. A V a Conferința Interdisciplinară în medicina internă, București, noiembrie 2007.

F. Tudose, Andreia Vasilescu, Adriana David, Raluca Pretorian Dezvoltarea psihiatriei de legătură – un deceniu de funcționare al primului serviciu de acest tip din România.. Congresul Național de Psihiatrie « Orientări actuale în psihiatrie », Iași, octombrie 2005

Andreia Vasilescu Psihoterapia cognitiv comportamentală – o soluție terapeutică de elecție în sindroamele somatoforme ».Congresul Național de Psihiatrie « Orientări actuale în psihiatrie », Iași, octombrie 2005

Andreia Vasilescu: Tulburările dorinței sexuale – o abordare cognitiv-comportamentală. Congresul Național al Federației Române de Psihoterapie, București, mai 2005

Andreia Vasilescu. Tratatamentul durerii cu opioide între beneficii și efecte secundare. Conferința Națională a Asociației Române pentru Studiul Durerii, septembrie 2005

Andreia Vasilescu. Depresia asociată durerii cronice neuropate. Al VI lea Congres Național al Asociației pentru studiul durerii, Campina, 2004

Andreia Vasilescu Disfuncții sexuale – disfuncții de cuplu., Al IV lea simpozion național al Asociației de medicina a sexualității din România, Sinaia, noiembrie 2004

Andreia Vasilescu. Locul psihoterapiei cognitiv comportamentale în abordarea multidisciplinară a pacientului coronarian. Andreia Vasilescu. A II a Conferința Interdisciplinară în Medicina Internă, București, noiembrie 2003

Andreia Vasilescu Abordarea psihosomatică a durerii lombare cronice. Al V lea Simpozion Național de Durere cu tema « Sindromul dureros lombar – o abordare multidisciplinară », aprilie 2002, București

F. Tudose, Andreia Vasilescu Anxietate și suicid- interesul scalelor STAI Y A (anxietate stare) și STAI Y B (anxietate trasatură) în evaluarea actului suicidar. Consfătuirea națională de psihiatrie, Miercurea Ciuc, iunie 2002

F. Tudose, Andreia Vasilescu Analiza structurii patologiei într-un serviciu de psihiatrie de legătură, , Conferința națională de psihiatrie, Timisoara, octombrie 2002

Andreia Vasilescu, F. Tudose. Gender Related Difference in Symptom Localisation in Somatoform Disorders. Primul Congres al sănătății mintale a femeii, Berlin, martie 2001

Andreia Vasilescu Psihoterapie și medicina comportamentală în practica psihiatriei de legătură., Congresul național de psihoterapie, București, martie 2001

F. Tudose, Andreia Vasilescu The Frequency of Depression – Anxiety Syndrome at women in a Liaison Consultation Psychiatry Department. Berlin, martie 2001

Andreia Vasilescu Dificultăți întâlnite în psihoterapia cognitivă a tulburărilor de personalitate., Congresul național de psihoterapie, București, martie 2001

Andreia Vasilescu Localizarea simptomului în tulburările somatoforme la femeie – un abord transcultural.. Al XV lea Congres Mondial de Sexologie, Paris, iunie 2001

F. Tudose, Andreia Vasilescu Consultările de psihiatrie de legătură – între cerere și ofertă.. A IIIa întâlnire regională « Finantarea tulburărilor mentale și adictive în Europa centrală și de est, București, noiembrie 2001

	F.Tudose, <u>Andreia Vasilescu</u> O comparatie intre evenimentele psihosociale in depresie si in tulburarile somatoforme.. A 13 a Conferinta a Societatii Est –Europene de neurologie si psihiatrie, Tesalonic, 2000
	F.Tudose, <u>Andreia Vasilescu</u> . Semnificatia scalelor de depresie pentru evaluarea riscului suicidar. Conferinta nationala de psihiatrie cu participare internationala « Conduitele autolitice. Deviantele de personalitate », Miercurea Ciuc, mai 2000
Prezentari Poster	<u>Andreia Vasilescu</u> : Health Anxiety in somatoform disorders – psychopathological and therapeutic issues. National Congress of Psychiatry, Bucharest, october 2008
	<u>Andreia Vasilescu</u> : Eficienta interventiei cognitiv comportamentale pentru pacientii cu boala Alzheimer, familiile lor si personalul de ingrijire. A XI a Conferinta Alzheim Europe, iunie 2001
	Florin Tudose, <u>Andreia Vasilescu</u> Sindromul premenstrual – actualitati etipato-genice, implicati terapeutice. Al II lea Congres National de psihoneuroendocrinologie , Curtea de Arges, mai 2000
	<u>Andreia Roman</u> -Type A Behaviour and locus of control in coronary disease. Congress of French Association of Cognitive Behavioural Psychotherapy, Paris, December 1996
Membru al asociatiilor profesionale	Asociatia Romana de Psihiatrie Asociatia Romana de Psihoterapie Asociatia Romana pentru studiul durerii Asociatia Romana de medicina sexualitatii Asociatia Franceza de Psihoterapie Cognitiv-Comportamentala
Competente	Franceza, engleza – intelegere, vorbire, scris –nivel foarte bun; Germana – intelegere, vorbire, scris- nivel mediu Interpersonale: Munca de echipa, abilitati transculturale Computer: Tehnoredactare Microsoft Word, Powerpoint

THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY CLUJ - NAPOCA

A tridimensional model “health anxiety – depression – somatization” in somatoform disorders – clinical and therapeutical implications

SUMMARY

Ph.D candidate
Andreia Mihaela Vasilescu

Scientific Coordinator:
Prof. Rodica Macrea, Ph.D.

CONTENTS

PART I: CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE 4

INTRODUCTION 4

I. Definition of health anxiety 5

II. Adaptive aspects of health anxiety 6

III. Health anxiety – between a categorical and a dimensional approach 6

IV. Clinical forms of health anxiety 8

A. Hypochondria	8
B. Pathophobia	13
C. Hypochondriacal delirious ideas	14
D. Non-hypochondriacal somatoform disorders	15
E. Panic attacks and health anxiety	26
F. Generalized anxiety and health anxiety	28
G. Obsessive-compulsive disorder and health anxiety	28
H. Depression and health anxiety	29
V. Perceptual, emotional and psychocognitive variables involved in health anxiety	30
A. Symptom and perception in health anxiety	30
B. Emotional elements in health anxiety	32
C. Psychocognitive elements involved in health anxiety	33
VI. Cognitive-behavioural model of health anxiety	36
VII. Health anxiety –psychopathological nucleus of somatoform disorders	40
VIII. Implications of the concept of health anxiety in the therapeutic approach of somatoform disorders	43

PART II: PERSONAL CONTRIBUTIONS 44

Comparative assessment of health anxiety, depression, somatization, anxiety - state and anxiety - trait, in somatoform patients as against depressive patients, patients with panic disorders and somatic patients without a psychiatric diagnosis. 44

I. Introduction: importance and aim of the thesis 44

II. Objectives of the study 47

III. Working hypotheses 48

IV. Method 50

A. Subjects 50

a. Site of the study 50

b. Manner of recruitment 50

c. Ethics and confidentiality of research 50

d. General inclusion and exclusion criteria 50

e. Setting up of the groups under study 51

Study group – patients with somatoform diseases 51

1. Subgroup with hypochondria (H) 51

2. Subgroup of non-hypochondriacal somatoform patients (S) 51

Control Groups 52

3. Group with depression (D) 52

4. Group with panic disorder (PD) 52

5. Group with medical (somatic) patients (M) 52

f. Description of the population under study 53

Distribution by groups 53

Age 54

Sex 55

Level of education 56

B. Procedures and materials 57

1. Psychological questionnaires used 58

2. Validation study in Romanian of the health anxiety questionnaire (Health Anxiety Questionnaire) 58

2.1. Grounding of the study 58

2.1.a. Standard questionnaires used to evaluate health anxiety 61

2.1.b. Why use a Health Anxiety Questionnaire? 62

2.2. Objectives of the study 62

2.2.1. Translation and cultural adaptation 62

2.2.2. Validation study for the final version of the HAQ 68

a. Objectives 68

b. Methods 68

c. Data processing and statistical analysis used 71

d. Tested hypotheses 72

e. Results 73

f. Discussion of the results 81

g. Conclusions 83

3. The data collection form includes 84

4. Methodology of the study 84

C. Statistical Methods 86

V. Results 88

I. Comparison of the scores for every psychological test between the studied groups 90

Health anxiety score (HAQ score) 90

Anxiety - state score (STAI - state) 98

Anxiety – trait score (STAI- trait) 103

Depression score (BDI score – short version) 108

Somatization score (SCL somatization) 113

II. Search for the correlations between the scores of every psychological test and the scores of the other tests 119

VI. Discussion of the results 125

1.1. Discussion of the scores registered at the first evaluation 125

1.2. Discussion of the scores registered at the second evaluation 130

2. Discussion of the significant correlations between the scores 135

2.1. Calculation of the Pearson correlation coefficients 136

2.2. Interpretation of the significant Pearson correlation coefficients for every group 140

2.3. Interpretation of the existing correlations for every score at the first evaluation with the same score at the second evaluation 141

3. A tridimensional model “health anxiety – depression – somatization” in somatoform disorders

3.a. Towards a psychopathological model of somatoform disorders 141

3.b. Dimensional models in somatoform disorders 142

3.c. Tridimensional model health anxiety -depression-somatization in somatoform disorders 144

3.d. Clinical implications of the tridimensional model 147

3.e. Therapeutic implications of the tridimensional model 155

VII.CONCLUSIONS 159

VIII.BIBLIOGRAPHY 161

Key words: *hypochondriasis, somatoform disorders, health anxiety, depression, somatization, dimensional model*

Introduction

Somatoform disorders represent an important part of the primary medicine examinations, and somatoform patients have a higher need of medical services, being large consumers of health funds.

However, the psychopathological status and the place of somatoform disorders in the current psychiatric classifications are subject to controversies, their place in the future DSM V classification being still under debate. It would be essential to have a better psychopathological definition of somatoform disorders in order to place them as a diagnostic entity, as well as to provide the basis for the assessment and the treatment of these disorders.

Health anxiety, somatization, and comorbidity with depression represent current directions of the research in the field of somatoform disorders.

The general part of the doctoral thesis begins with the definition of health anxiety and the presentation of the adaptive aspects of health anxiety (chapter I and II). Further on, the dimensional and the categorical approach of health anxiety are presented, and the practical advantages of the dimensional approach are underlined (chapter III). Chapter IV reviews the clinical forms of health anxiety in hypochondriacal and nonhypochondriacal somatoform disorders, as well as in non-somatoform disorders. The relation between health anxiety and depression and somatization is discussed.

In Chapter V, health anxiety is approached from the perspective of the perceptual, emotional and psychocognitive variables involved. Chapter VI presents the cognitive – behavioral model of health anxiety, the development and maintenance mechanisms of health anxiety. At the end of the general part (Chapter VII) the central role of health anxiety as the psychopathological nucleus of somatoform disorders is underlined.

The second part of the thesis is devoted to the personal contribution and includes “The comparative assessment study of health anxiety, depression, somatization, anxiety - state and anxiety - trait, in somatoform patients as against depressive patients, patients with panic disorders and somatic patients without a psychiatric diagnosis”, with the following chapters:

Chapter I: Introduction: importance and aim of the thesis

The study aims to offer an answer related to the necessity for psychopathological clarification of somatoform disorders, in order to make the diagnosis, evaluation and treatment of these disorders a coherent process.

In order to attain this aims, the current research intends to supply the necessary elements so as to shape an answer to the following questions:

Are health anxiety and, respectively somatization, defining for somatoform disorders, distinguishing them from other psychiatric disorders or somatic patients?

Are health anxiety and somatization interlinked or independent variables?

How important is the presence of depression or of non-specific general anxiety in somatoform disorders? What is the relationship between health anxiety, respectively somatization, with depression and non-specific general anxiety? Are they just reflections of the more general phenomena of depression or anxiety?

Is hypochondria different from the other somatoform disorders as a level of health anxiety?

Is health anxiety in somatoform disorders a transitory phenomenon or is it a characteristic trait, a degree of stability in time?

To what extent do the results of the research support the construction of a dimensional model of somatoform disorders and how would such a model be applied to evaluate and treat somatoform disorders?

Chapter II: Objectives of the Study

In order to attain the above mentioned aims of the research, the following concrete objectives were set:

- The comparative evaluation of 5 scores: health anxiety, anxiety - state, anxiety - trait, depression and somatization
 - a) in patients with (hypochondriacal and nonhypochondriacal) somatoform disorders as against patients with other psychiatric diagnoses (depression, panic disorder) or nonpsychiatric diagnoses (patients with chronic medical diseases), initially and 6 months later.
 - b) in patients with hypochondriacal somatoform disorders as against patients with nonhypochondriacal somatoform disorders
- The comparison of every score at time 1 and at time 2 for every group.
- The search for significant correlations between every score and the other 4 scores measured at the initial time and 6 months later for all the patients and in every group of the study.
- Translation and validation of the Health Anxiety Questionnaire, evaluation of the reliability, fidelity and psychoemtric properties of the Romanian version.

Chapter III: Working Hypotheses

The current research aims to verify the following working hypotheses:

- Health anxiety is higher in somatoform patients than in the control groups and among them in hypochondriacal somatoform patients as against nonhypochondriacal somatoform patients.
- A significantly higher somatization in somatoform patients than in the control groups and among them in nonhypochondriacal somatoform patients as against hypochondriacal somatoform patients.
- A significantly higher health anxiety score and somatization score 6 months later in somatoform patients as against the control groups.
- A higher depression score in somatoform patients as against somatic patients and as against those with anxiety of the panic type.
- A positive correlation of health anxiety with somatization, but the absence of a correlation between health anxiety, respectively somatization, with depression in the group with somatoform disorders.

Chapter IV: Method

A) Subjects

The study was performed on a total of 290 subjects divided as follows:

Study groups: 140 patients with somatoform disorders out of which 90 patients in the group with nonhypochondriacal somatoform disorders (S) and 50 patients in the hypochondriacal group (H).

Control groups: depression (D) - 50 patients with a major depression episode, panic disorder (P) - 50 patients and the non-psychiatric witness group (M) - 50 patients with non-disabling chronic somatic disorders and without any associated psychiatric diagnosis.

Both the general inclusion and exclusion criteria, and the specific inclusion and exclusion criteria for every group, were observed.

The average age of the subjects was of 40.9 years with extremes between 18 and 66. The sex and the educational level of every group were also recorded, in order to verify the possible statistical interferences linked to the distribution according to age, sex or education.

B) Procedures and Materials

Psychological questionnaires used

I evaluated health anxiety with the help of the Health Anxiety Questionnaire (*Health Anxiety Questionnaire*) created by Lucock and Morley in 1996. For depression I used Beck's Depression Inventory – the short form with 13 items (*Beck's Depression Inventory - Short Form*-BDI-SF). For the evaluation of somatization I used the somatization subscale of the SCL-90 R questionnaire (Symptom Chek List 90 Revised) and for general anxiety – state and trait I used the Anxiety - state and anxiety – trait form Y (State-Trait Anxiety Inventory - STAI Y).

Validation study in Romanian of the Health Anxiety Questionnaire

The absence of a translated and validated instrument in Romanian for the evaluation of health anxiety required the performance of a validation study of the Health Anxiety Questionnaire (HAQ), after

obtaining the prior consent of the authors. Chapter IV.B.2 of the thesis is devoted to the objectives, methodology, statistical processing and results of this validation study.

The Romanian version of the health anxiety questionnaire proved to be an instrument having good internal consistency, fidelity through the split-half method, test-retest fidelity, discriminatory validity content validity, its psychometric qualities recommending it for use in the present study.

Methodology of the Study

The present research is a prospective longitudinal comparative study. After the distribution into groups according to the inclusion and exclusion criteria, the subjects were administered “a case by case” treatment (antidepressants associated or not with an anxiolytic drug) for the patients with a psychiatric diagnosis, respectively the treatment for the chronic medical disease for the non-psychiatric witness group during a six-month period. Six months from the first evaluation, a second evaluation was performed using the same battery of tests, in the same place and by the same investigator (the author). In order to remove the influence of possible comorbidity on the psychological variables, during the statistical processing of the data, the average scores were calculated separately for hypochondriacal somatoform patients and for “pure” nonhypochondriacal patients, without any other diagnosis of comorbidity (group HS).

Statistical Methods

I used statistical significance tests at maximum risk $\alpha = 0.05$ (5%) and minimum power $(1 - \beta) = 0.8$ (80%). The calculation of the size of the samples revealed that the number of subjects included in the study provided the study with a power of over 80%.

I used the Bartlett test (F) and the Levene test to test the normality of the data and the homogeneity of the dispersions. To compare the scores I used the ANOVA method, the Kruskal-Wallis test, multiple comparison tests, t tests on pairs of samples, and for finding the significant correlations between the scores I used the correlation coefficient “r”, taking into account only the values $r > 0.50$.

I used the post hoc Bonferroni tests and the ANOVA method to verify that there were no significant differences in point of age, sex or education between the groups.

V) Results

Health anxiety

At the first evaluation, a HAQ score 44.28 in the hypochondriacal group, significantly higher than in all the other groups, and a HAQ score in the nonhypochondriacal somatoform disorders group (26.91), significantly higher than in the AP group (17.04), in the D group (13.62) and in the M group (10.14). At the second evaluation the HAQ scores varied between 23.02 (H group) and 8 (D group), with the values of the S group (15.78), the AP group (10) and the M group (10) situated in-between these two extremes, being significantly higher in the H group as against the S group and in the S group as against groups D, AP and M.

Somatization score

At the first evaluation, the average scores of SCL-somatization varied between 22.76 in the nonhypochondriacal somatoform disorders group and 5.8 in the M group (medical diseases), with intermediary values for hypochondria (H) (15.08), depression (D) (11.62) and panic disorder (AP) (9.96). The somatization score was significantly higher in the S group as against the other groups and comparable in the H group as against the D group and the AP group. At the second evaluation, the mean scores of SCL-somatization varied between 12.6 (S group) and 5.42 (M group), with the values of the H group (8.9), the AP group (4.68) and the D group (4.22) situated in-between these two extremes. The somatization scores were not significantly different in the S group as against the H group, but they were significantly higher in the S group, respectively H group as against the other groups.

Depression score

At the first evaluation, the average scores of BDI varied between 18.78 in the depression group (D) and 4.1 in the M group (medical diseases), with intermediary values for hypochondria (H) (13.02), nonhypochondriacal somatoform diseases (9.36) and panic disorder (6.98). At the second evaluation, the average scores of BDI varied between 5.7 (D group) and 4.16 (M group), with the values of the H group (5.54), the S group (4.54) and the AP group (4.2) situated in-between these two extremes.

Anxiety-state score

At the first evaluation, the average scores of STAI-state varied between 62.12 (H group) and 33.74 (M group), with the values of the S group (51.41), the AP group (51.26) and the D group (51.72) situated in-between these two extremes. At the second evaluation, the scores of STAI-state varied between 47.84 (H group) and 33.52 (M group), with the values of the S group (42.22), the AP group (40.92) and the D group D (40,68) situated in-between these two extremes.

Anxiety-trait score

At the first evaluation, the average scores of STAI-trait varied between 46.68 (H group) and 32.88 (M group), with the values of the S group (40.63), the AP group (39.24) and the D group (39.74) situated in-between these two extremes. At the second evaluation, the mean scores of STAI-trait varied between 43.34 (H group) and 32.00 (M group), with the values of the S group (38.54), the AP group (37.94) and the D group (37,78) situated in-between these two extremes.

Correlations obtained at the first evaluation

The HAQ 1 score was correlated positively with the STAI-state 1 score for all the patients and in the H ($r = 0.548$), S ($r = 0.618$) and M ($r = 0.573$) groups. In the HS group (“pure” somatoforms without comorbidity) this correlation was the highest ($r = 0.699$). In the panic group (AP) the HAQ 1 score was correlated with the BDI 1 score ($r = 0.583$), and in the depression group (D) HAQ 1 was correlated positively with the SCL somatization score 1 ($r = 0.540$).

Correlations obtained at the second evaluation

The HAQ 2 score was correlated positively both with the STAI-state 2 score and the STAI-trait 2 score, but only for the patients in the HS group (H and S somatoforms without comorbidity).

Correlations between the scores at the first evaluation with the scores at the second evaluation

Correlations between HAQ1- STAI state2 ($r = 0.549$) and STAI state1-HAQ2 ($r = 0.512$) were obtained for all the patients, and in the HS group, positive correlations HAQ 1- score and STAI state 2 score ($r = 0,580$) and scor HAQ 1- score STAI trăsătură 2 score ($r = 0,512$).

VI) Discussion of the results

2. Discussion of the scores at the first and at the second evaluation

The increased values of health anxiety in the H and S groups in comparison with the other groups were interpreted in the sense of the defining character of health anxiety for somatoform disorders. The maximum score of health anxiety in hypochondriacs, besides higher scores of anxiety-state and anxiety-trait argued the distinct psychopathological aspect of hypochondria as against the other somatoform disorders and its status of “health anxiety disorder” suggested by some authors for hypochondria in the future DSM V.

The different distribution of the HAQ scores by groups of pathology, along a continuous line, was used as an argument for the dimensional character of health anxiety.

The somatization score was considered defining for nonhypochondriacal somatoform disorders, without marking a significant difference between hypochondriacal patients and depressive patients or patients with panic attacks.

Taking into consideration the BDI score which falls at the beginning of the interval of severe depression for the group with hypochondria and moderate depression for the H and S patients without comorbidity, depression was noted as an important psychopathological dimension for somatoform disorders, being separated clearly from the patients with panic attacks (in the case of hypochondria) and from those with medical diseases without a psychiatric diagnosis (in the case of hypochondria as well as in the case of nonhypochondriacal somatoform disorders).

The persistence 6 months later of significantly higher HAQ scores in the group with somatoform disorders (H and S) as against the other groups was an argument for the lasting, trait-like character of health anxiety in somatoform disorders.

The persistence at the second evaluation of an elevated somatization score in the S group and in the H group was interpreted as the endurance of a tendency to somatization as a lasting trait of somatoform subjects.

2. Discussion of the significant correlations between the scores

The absence of a significant correlation between HAQ and SCL somatization in the S group and the H group, associated with elevated scores (in a significant manner as against other psychopathological groups)

for both of them, indicated that, in the case of somatoform disorders, health anxiety and somatization were more likely the simultaneous sides of the same phenomenon and not variables determining one another.

The absence of a positive correlation between the HAQ score and the BDI score represented an argument against the direct determination of health anxiety by depression itself. However, the presence within the D group of a positive correlation of 0.54 between the HAQ score and the SCL-somatization score suggested that, in the case of patients with depression, there was a secondary determination of health anxiety, linked to the presence of the somatic symptoms within depression.

3. A tridimensional model health anxiety – depression – somatization in somatoform disorders

The results of the study have shown that health anxiety and somatization are representative, lasting dimensions of somatoform disorders. Depression was added as a third significant dimension through the intensity of the depressive picture and the frequency of depressive comorbidity in somatoform patients.

By integrating the three suggested dimensions, I have proposed a psychopathological model of somatoform disorders capable of explaining the genesis and reciprocal relationship between health anxiety, depression and somatization.

Further on, I have underlined the clinical usefulness of an evaluation algorithm with 3 dimensions for the somatoform patient and I have designed tridimensional profiles for every group under study.

I concluded the discussion part with the proposal for a therapeutical algorithm for somatoform disorders starting from the positioning of the patient within the area of the suggested 3 dimensions.

VII. Conclusions

The results of the present study have led to the formulation of the following main conclusions:

11. An elevated level of health anxiety, having a lasting, trait-like character, is defining for patients with somatoform disorders (both hypochondriacal and nonhypochondriacal disorders), distinguishing them in a significant manner from other psychopathological groups.
12. Hypochondria is characterized by significantly higher health anxiety than the rest of the somatoform disorders and by a higher level of general anxiety (state and trait) than all the other groups, taking shape as a genuine health anxiety disease.
13. An elevated level of somatization, having a lasting, trait-like character, is defining for patients with nonhypochondriacal somatoform disorders, distinguishing them in a significant manner both from hypochondria and from other psychopathological groups.
14. Health anxiety and somatization are not correlated in a significant manner, being structured as two simultaneous sides of the somatoform phenomena.
15. General anxiety – state and trait – does not differentiate nonhypochondriacal somatoform patients from depressive patients or patients with panic disorder, neither at the first evaluation, nor at a distance and should not be considered as defining for somatoform disorders.
16. Somatoform disorders are distinguished from the other groups under study both in point of level of health anxiety and in point of significant correlations between the scores, thus taking shape as a separate diagnostic category, having a distinct psychopathological profile. All these support their classification as a separate diagnostic category, recently suggested by the working group for the DSM V.
17. Health anxiety is distributed differently in the groups under study, along a continuous line, therefore having a dimensional character.
18. Within somatoform disorders, depression represents a significant dimension, which clearly distinguishes the patients with panic attacks (in the case of hypochondria) from those with medical diseases without a psychiatric diagnosis (in the case of hypochondria, as well as in the case of nonhypochondriacal somatoform disorders).
19. The patients with somatoform disorders experience a significant decrease of health anxiety, somatization, depression and general anxiety, therefore a global improvement of the clinical picture after a 6-month psychotropic treatment with antidepressant drugs (in association with anxiolytic drugs, or not.).
20. The dimensions of health anxiety, somatization, and depression should be distinguished as essential elements of the psychopathological picture of somatoform disorders, creating the bases for the design of a tridimensional model for the psychopathology of these disorders, a model with implications in the drawing up of an evaluation algorithm and of a treatment algorithm for somatoform disorders.

Curriculum Vitae

Personal information

First name(s) / Surname(s) Andreia Mihaela Vasilescu
Name before marriage Roman
Address(es) 51, bd Iuliu Maniu, Bloc 22 B, sc A, et 3 apt 9, sector 6, Bucarest , Romania
Telephone(s) 00 40 21 2026116/2026117 Mobile: 0744 654949
E-mail alvasilescu@yahoo.com
Date of birth 13/09/1963
Occupational field Liaison psychiatry, psychosomatics, cognitive-behavioral psychotherapy, study of pain

Work experience

Dates 2000 to present

Occupation or position held Consulting psychiatrist., Departement of Liaison Psychiatry
Main activities and responsibilities Consultations for in and out patients, Cognitive behavioral psychotherapy for out patients, Research on health anxiety and somatoform disorders
Name and address of employer University Hospital of Bucarest, 169, Splaiul Independentei, sector 5, Bucarest, Romania
Type of business or sector Public health service

Dates 1998 – 2000

Occupation or position held Psychiatrist
Main activities/ responsibilities Integrative therapy for in patients. Managing the therapeutic team
Name and adress of employer "Alexandru Obregia" Psychiatic Hospital , 10, Berceni str., sector 4, Bucarest
Type of business or sector Public health service

Dates November 1993 - 1998

Occupation or position held Resident psychiatrist in Paris, France (after an DIS Examination, passed in juin 1993 in Bucarest)
Main activities and responsibilities Psychiatrist work under supervision, rotation in variate psychiatric structures:
Adulte psychiatry: Psychiatric Hospital of Villejuif, Psychiatric Hospital "Ville Evrard", Psychiatric Hospital of Beziers; Liaison Psychiatry – General Hospital of Villeneuve Saint George; Child Psychiatry – in and out patients: Psychiatric Hospital of Perray-Vaucluse
Adulte academic psychiatry in "Paul Brousse" Hospital (under supervision of Prof Guelfi)
Name and adress of employer Medical University Paris XI, Kremlin Bicetre
Type of business or sector Public health service

Dates January 1991- November 1993

Occupation or position held Resident psychiatrist (after admission examination)
Main activities/responsabilities Psychiatrist work under supervision in adult psychiatry

Name and address of employer	"Alexandru Obregia" Psychiatric Hospital , 10, Berceni str., sector 4, Bucharest
Dates	1988 - 1990
Occupation or position held	Trainee general practitioner
Principal subjects/occupational skills	Working in gynecology, infectious diseases, cardiology, surgery
Name and type of organisation	University Hospital "Fundeni", Bucharest
Education and training	
Dates	November 2005 to present
Title of qualification awarded	PhD student in psychiatry under coordination of prof Rodica Macrea
Principal subjects/occupational skills	Clinical Research on somatoform disorders and health anxiety
Name and type of organisation	"Iuliu Hatieganu" Medical University of Cluj, Romania
Dates	September 2001
Title of qualification awarded	Graduated
Principal subjects/occupational skills	Scientific Aspects of Clinical trials in Psychiatry and Neurology
Name and type of organisation	Vienna School of Clinical Research
Dates	November 1993- May 1998
Title of qualification awarded	Qualified psychiatrist –DIS (Interuniversity Specialty Diploma)
Name and type of organisation	Medical University Paris XI, Kremlin Bicetre
Dates	1994-1998
Title of qualification awarded	Certified psychotherapist in CBT
Principal subjects/occupational skills	Training in Cognitive Behavioural Psychotherapy
Name and type of organisation	French Association of Cognitive Behavioural Psychotherapy
Dates	1995-1996
Title of qualification awarded	Interuniversity Diploma in Psychosomatics
Principal subjects/occupational skills	Type A personality and locus of control
Name and type of organisation	Paris VI, Paris VII and Paris VIII University of Medicine
Dates	1990 - 1993
Title of qualification awarded	Qualified psychiatrist
Principal subjects/occupational skills	Resident in Psychiatry (Pharmacotherapy and psychotherapy for mentally ill patients)
Name and type of organisation	University of Medicine of Bucharest
Dates	1982-1988
Title of qualification awarded	MD
Principal subjects/occupational skills	General practitioner competencies
Name and type of organisation	University of Medicine, Bucharest

Original articles published in extenso

- Andreia Vasilescu, Eugenia Panaitescu: „Health Anxiety in Somatoform Disorders – Results of a Comparative Longitudinal Study”, *Medica – a Journal of Clinical Medicine (CNCSIS B+)*, 2009, Volume 4, No. 2, 114-123
- Andreia Vasilescu: „A Tridimensional Model –Health, Anxiety, Somatization, Depression in Somatoform Disorders”, *Psihiatru.ro (CNCSIS C)*, 2010 , Nr. 21, 2/2010, Anul VI, 34-39
- Andreia Vasilescu: „Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Romanian translation of the Health Anxiety Questionnaire”, *InfoMedica (CNCSIS B)*, 2009, Nr. 1 (147), 18-23
- Andreia Mihaela Vasilescu: „The concept of health anxiety – the psychopathological core of somatoform disorders”, *Revista medicală Română (CNCSIS B)*, 2008, Vol. LV, Nr. 2, 82-86
- Andreia Vasilescu: „Psychopathological Aspects and Diagnosis of hypochondriasis”, *Psihiatru.ro (CNCSIS C)*, 2008, Nr. 15, 14-18
- Andreia Vasilescu: De la concept la terapie in bolile psihosomatice. *Psihiatru.ro (CNCSIS C)*, 2008, nr 15, 24-30.
- Andreia Vasilescu: Obsesii si compulsii. *Psihologia azi*, nr 10, iulie-august 2005
- Andreia Vasilescu: Bulimia- studiu de caz. *Psihologia azi*, nr 5, septembrie-octombrie 2004
- Andreia Vasilescu, L.Vasilescu, G.Cicu. Modele cognitiv-comportamentale in toxicomanii. *Psihiatria si psihofarmacologia prezentului*, 2002;3-4;40-48
- Andreia Vasilescu. Locul psihoterapiei cognitive in terapia actuala a psihozelor. *Revista Romana de Psihoterapie*, volumul IV nr 1, 2001
- Florin Tudose, Andreia Vasilescu. Sindromul premenstrual – actualitati etiopatogenice, implicatii terapeutice. *Infomedica nr. 7 (77)*, anul VIII, 2000.
- Florin Tudose, Andreia Vasilescu. Actualitati in etiopatogenia sindromului de oboseala cronica. *Revista Romana de Psihiatrie*, seria a III a, vol II, nr 2-3, 2000.
- Andreia Vasilescu: Strategii terapeutice in psihoterapia cognitiva a fobiei sociale. *Revista Romana de Psihoterapie*, vol III, nr 1, mai 1999.

Books

Sindroame ratacitoare. Florin Tudose, Catalina Tudose, Andreia Vasilescu, Simona Tamasan, Editura Infomedica, 2005

Oral presentations

- Andreia Vasilescu-Tratamentul comorbiditatii durere cronica-depresie,o abordare centrata pe pacient. Conferinta Nationala a Asociatiei Romane pentru Studiul Durerii., octombrie 2010
- Andreia Vasilescu Durerea la femeie – un model biopsihosocial. Simpozionul Asociatiei Romane pentru Studiul Durerii, iunie 2008
- Andreia Vasilescu, Florin Tudose. Rolul anxietatii pentru sanatate in durerea cronica - implicatii clinice si terapeutice. A V a Conferinta Interdisciplinara in medicina interna, Bucuresti, noiembrie 2007.
- F.Tudose, Andreia Vasilescu, Adriana David, Raluca Pretorian Dezvoltarea psihiatriei de legatura – un deceniu de functionare al primului serviciu de acest tip din Romania.. Congresul National de Psihiatrie « Orientari actuale in psihiatrie », Iasi, octombrie 2005
- Andreia Vasilescu Psihoterapia cognitiv comportamentala – o solutie terapeutica de electie in sindroamele somatoforme ».Congresul National de Psihiatrie « Orientari actuale in psihiatrie », Iasi, octombrie 2005

Andreia Vasilescu. Tratatamentul durerii cu opioide intre beneficii si efecte secundare. Conferinta Nationala a Asociatiei Romane pentru Studiul Durerii, septembrie 2005

Andreia Vasilescu. Depresia asociata durerii cronice neuropate. Al VI lea Congres National al Asociatiei pentru studiul durerii, Campina, 2004

Andreia Vasilescu. Locul psihoterapiei cognitiv comportamentale in abordarea multidisciplinara a pacientului coronarian. Andreia Vasilescu. A II a Conferinta Interdisciplinara in Medicina Interna, Bucuresti, noiembrie 2003

Andreia Vasilescu Abordarea psihosomatica a durerii lombare cronice. Al V lea Simpozion National de Durere cu tema « Sindromul dureros lombar – o abordare multidisciplinara », aprilie 2002, Bucuresti

Andreia Vasilescu: Tulburarile dorintei sexuale – o abordare cognitiv-comportamentala. Congresul National al Federatiei Romane de Psihoterapie, Bucuresti, mai 2005

Andreia Vasilescu Disfunctii sexuale – disfunctii de cuplu., Al IV lea simpozion national al Asociatiei de medicina a sexualitatii din Romania, Sinaia, noiembrie 2004

Andreia Vasilescu Localizarea simptomului in tulburarile somatoforme la femeie – un abord transcultural.. Al XV lea Congres Mondial de Sexologie, Paris, iunie 2001

F.Tudose, Andreia Vasilescu O comparatie intre evenimentele psihosociale in depresie si in tulburarile somatoforme.. A 13 a Conferinta a Societatii Est –Europene de neurologie si psihiatrie, Tesalonic, 2000

Andreia Vasilescu, F. Tudose. Gender Related Difference in Symptom Localisation in Somatoform Disorders. Primul Congres al sanatatii mintale a femeii, Berlin, martie 2001

F.Tudose, Andreia Vasilescu The Frequency of Depression – Anxiety Syndrome at women in a Liaison Consultation Psychiatry Department. Berlin, martie 2001

F.Tudose, Andreia Vasilescu. Semnificatia scalelor de depresie pentru evaluarea riscului suicidar. Conferinta nationala de psihiatrie cu participare internationala « Conduitele autolitice. Deviantele de personalitate », Miercurea Ciuc, mai 2000

F.Tudose, Andreia Vasilescu Consultatiile de psihiatrie de legatura – intre cerere si oferta.. A IIIa intalnire regionala « Finantarea tulburarilor mentale si adictive in Europa centrala si de est, Bucuresti, noiembrie 2001

F. Tudose, Andreia Vasilescu Anxietate si suicid- interesul scalelor STAI Y A (anxietate stare) si STAI Y B (anxietate trasatura) in evaluarea actului suicidar. Consfatuirea nationala de psihiatrie, Miercurea Ciuc, iunie 2002

F.Tudose, Andreia Vasilescu Analiza structurii patologiei intr-un serviciu de psihiatrie de legatura, , Conferinta nationala de psihiatrie, Timisoara, octombrie 2002

Andreia Vasilescu Psihoterapie si medicina comportamentala in practica psihiatriei de legatura., Congresul national de psihoterapie, Bucuresti, martie 2001

Andreia Vasilescu Dificultati intalnite in psihoterapia cognitiva a tulburarilor de personalitate., Congresul national de psihoterapie, Bucuresti, martie 2001

Poster presentations Andreia Vasilescu: Health Anxiety in somatoform disorders – psychopathological and therapeutic issues. National Congress of Psychiatry, Bucharest, october 2008

Andreia Vasilescu: Eficienta interventiei cognitiv comportamentale pentru pacientii cu boala Alzheimer, familiile lor si personalul de ingrijire. A XI a Conferinta Alzheimere Europe, iunie 2001

	Florin Tudose, <u>Andreia Vasilescu</u> Sindromul premenstrual – actualitati etiopatogenice, implicati terapeutice. Al II lea Congres National de psihoneuroendocrinologie , Curtea de Arges, mai 2000
	<u>Andreia Roman</u> -Type A Behaviour and locus of control in coronary disease. Congress of French Association of Cognitive Behavioural Psychotherapy, Paris, December 1996
Membership of Professional Associations	Romanian Association of Psychiatry Romanian Association of Psychotherapy Romanian Association of Pain Romanian Association of Sexual Medicine French Association of Cognitive-Behavioural Psychotherapy
Personal skills and competences	French, English – understanding, speaking, writing; German – reading understanding, basic speaking
Social skills and competences	Team work, Transcultural skills; Microsoft Word, Powerpoint