



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Hypochondrie als interne gezondheidsdialoog

Anton Schmidt\*

---

## Samenvatting

*Onterechte, angst oproepende cognities over de eigen gezondheid vormen de kern van hypochondrie. Maar de status van deze cognities is onduidelijk. Sommigen vinden ze ego-dystoon en benadrukken het obsessieve karakter ervan, anderen beschouwen ze als ego-syntoon gepieker. Verondersteld kan worden dat de hypochondere patiënt zijn negatieve gezondheids-cognities soms onzinnig vindt, maar soms ook volkomen terecht, afhankelijk van de situatie. De interne dialoogtheorie stelt daarom dat er in het denken van de hypochondere patiënt niet één, maar twee — inhoudelijk tegengestelde — cognitieve schema's aanwezig zijn: een gezondheidsschema met geruststellende, en een ziekteschema met angst oproepende cognities. Elk schema wordt afzonderlijk en door een verschillende set van triggers geactiveerd. Het ene schema activeert bovendien het andere. Beide schema's komen even vaak voor en zijn even geloofwaardig. Het resultaat is een permanente twijfel over de eigen gezondheid bij de hypochonder. Een pilotstudie bevestigde de aanwezigheid en gelijkwaardigheid van de beide cognitieve schema's. De consequenties van de interne dialoogtheorie voor de behandeling van hypochondrie worden aangegeven.*

## Probleembeschrijving

Hypochondere patiënten worden gekweld door een chronische, niet geruststelbare, maar onterechte angst of overtuiging te lijden aan een ernstige ziekte (APA, 1994). Deze overtuiging wordt gevoed door catastroferende interpretaties van lichamelijke signalen (Barsky, 1992). Daarmee is hypochondrie niet zozeer gedefinieerd als een gedragsstoornis, maar als een cognitieve stoornis. Daarop zijn termen van toepassing als 'automatische disfunctionele gedachten' (Fallon, Klein, & Liebowitz, 1993), 'morbid preoccupaties' en 'disfunctionele aannamen' (Salkovskis & Warwick, 1986). Het betreft hier een samenhangend stelsel van negatieve gedachten en opvattingen over de eigen gezondheid, die specifiek zijn voor de hypochondere patiënt. Over deze opvattingen bestaat een controverse, die men nergens expliciet bespreekt. Barsky (1992) stelt dat de angst oproepende gedachten van hypochondere patiënten moeten worden gezien als ego-syntoon. Patiënten ervaren deze gedachten als realistisch, terecht, zinvol en volkomen gerechtvaardigd. Barsky contrasteert deze subjectieve beleving van hypochondriepatiënten met het gedachtegoed van OCS-patiënten (OCS; obsessieve-compulsieve stoornis), die hun angst oproepende gedachten ervaren als abnormaal, irrationeel, zinloos en niet-realistisch.

Tegenover deze visie staan de bevindingen van Noyes, Wesner en Fischer (1992). In een interview met hypochondere patiënten, die allen voldeden aan de DSM-III-R-criteria, stelden zij vast dat maar liefst 93 procent van de ondervraagde patiënten aangaf hun angst onredelijk te vinden. Ego-dystoon dus.

---

\* DR. A.J.M. SCHMIDT is verbonden aan het departement medische, klinische en experimentele psychologie, Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Maastricht. Correspondentieadres: postbus 616, 6200 MD, Maastricht. E-mail: ton.schmidt@mp.unimaas.nl

Wie moeten we nu geloven? De visie van de autoriteit Barsky of de empirie van Noyes, wiens bevindingen overigens in de kantlijn van zijn publicatie worden genoemd (het betreffende artikel gaat ergens anders over).

## ‘Worrying’ versus obsessie

De eerdergenoemde tegenstelling over het hypochondere cognitieve schema spitst zich in de literatuur toe op het onderscheid tussen de algemene concepten ‘worrying’ — verder aangeduid als piekeren — en obsessie. Brown, Dowdall, Côté en Barlow (1994) vergeleken beide begrippen. De meest gehanteerde definitie van piekeren luidt: een oncontroleerbare keten van negatieve gedachten en voorstellingen. Piekeren is een vorm van mentale probleemoplossing, van een vraagstuk waarvan de uitkomst onzeker is, maar waarbij de mogelijkheid bestaat van een of meerdere negatieve uitkomsten (Borkovec, 1994). De piekeraar hoopt door middel van het gepieker uiteindelijk een oplossing te bereiken, al was het maar om erger te voorkomen.

Volgens de DSM-IV (APA, 1994) zijn obsessies persistente ideeën, gedachten, impulsen of beelden, die worden ervaren als zinloos en die zich opdringen aan het bewustzijn. De persoon in kwestie probeert door andere gedachten of activiteiten de obsessies zo veel mogelijk te negeren, te onderdrukken of te neutraliseren.

De overeenkomsten tussen beide concepten zijn evident. Brown et al. (1994) sommen deze op, in navolging van Turner, Beidel en Stanley (1992):

- Beide komen voor in klinische én niet-klinische populaties; dat wil zeggen dat er pathologische en niet-pathologische verschijningsvormen zijn.
- Vorm en inhoud vertonen grote overeenkomsten.
- De overgang van normaliteit naar pathologie verloopt via de dimensies frequentie en perceptie van oncontroleerbaarheid.
- Een negatief affect speelt een mediërende rol.

De verschillen zijn:

- Piekeren gaat meer van de persoon zelf uit en wordt voorafgegaan door gewone, dagelijkse gebeurtenissen.
- Piekeren gaat over dagelijkse dingen, terwijl obsessies meer bizar lijken en niet zozeer de dagelijkse ervaringen betreffen.
- Piekeren is een typische gedachteactiviteit, terwijl obsessies zich ook in andere vormen, bijvoorbeeld beelden, kunnen manifesteren.
- Obsessies wekken grotere weerstand op en zijn onacceptabeler.

Merk op dat in de beschrijving van het verschil tussen pathologisch piekeren en obsessies de dimensie ego-syntonie versus ego-dystonie van doorslaggevend belang is. Terwijl bij pathologisch piekeren de gedachten zijn ‘doorgeschoten’, maar inhoudelijk direct aansluiten bij de dagelijkse ervaringen, hebben obsessies meer een ‘implantatiekarakter’ met een sterke afstotingsreactie van het individu.

Vanuit de worrying-obsessietegenstelling kunnen we het hypochondere denken op twee manieren herformuleren. Volgens het piekerconcept is hypochondrie een ineffektieve probleemoplossende strategie van het individu dat twijfelt over zijn gezondheid. Het piekeren is een onaangename bezigheid, die evenwel noodzakelijk is

om te voorkomen dat door onachtzaamheid een ziekteproces onomkeerbaar wordt. Primair is hierbij de twijfel; de angst is in het geval van hypochondrie een afgeleide, die ontstaat omdat een van de mogelijke piekerconclusies bedreigend is voor de lichamelijke integriteit. Volgens het obsessieconcept zit het hypochondere denken anders in elkaar. De hypochonder heeft last van ziekteobsessies: negatieve en onaangename gedachten over ziekte en dood, ongenueanceerd en stereotiep, die zich ongecontroleerd aan het bewustzijn opdringen. De obsessies zijn stellend ('je hebt kanker') en roepen daarom in sterke mate angst op.

## Een mogelijke synthese

De geschetste dualiteit impliceert niet noodzakelijkerwijs de onverenigbaarheid van beide standpunten. De DSM-IV verwoordt — bij de bespreking van de obsessieve-compulsieve stoornis — het op individueel niveau samengaan van ego-syntonie en ego-dystonie als volgt: 'De patiënt kan smetvrees als onredelijk zien als hij het erover heeft op een "veilige plaats" (bijvoorbeeld in de therapiekamer), maar niet op het moment dat hij geld moet aanraken.' (APA, 1994). Deze analogie toepassend op hypochondrie, komen we tot de stelling dat hypochondere patiënten afstand kunnen nemen van hun hypochondere gedachten in een veilige situatie, maar dit absoluut niet kunnen in een triggersituatie, bijvoorbeeld bij het voelen van bepaalde lichamelijke sensaties. Met andere woorden: een hypochondere gedachte kan ego-dystoon én ego-syntoon zijn, afhankelijk van de situatie waarin het individu zich bevindt. Ofwel: soms ervaren hypochondere patiënten hun negatieve gezondheids cognities als volkomen terecht, met in het verlengde een medische hulpvraag, maar soms als onzinnig. Op basis van dit laatste kan een psychologische hulpvraag ontstaan.

Deze visie komt overeen met onze klinische ervaring en wordt feitelijk in de DSM-IV beschreven: enerzijds is er de angst of overtuiging te lijden aan een ernstige ziekte; anderzijds dient het besef aanwezig te zijn van onterechte overdrijving (APA, 1994). Deze dualiteit in het denken van de hypochondere patiënt impliceert rivaliteit tussen twee cognitieve schema's, die elk afzonderlijk kunnen worden geactiveerd. Het eerste schema is het 'ziekteschema'. Dit schema bevat uitsluitend angstpropende gedachten over de eigen gezondheid, rationeel of irrationeel. Het hypochondere catastrofen behoort hiertoe, maar ook een rationele gedachte als 'Ik ben roker, dus ik heb een grotere kans op longkanker'. Het tweede schema is het 'gezondheidsschema'. Dit omvat uitsluitend — rationele of irrationele — geruststellende gedachten, zoals bijvoorbeeld 'De dokter heeft bij mij geen afwijkingen gevonden'. Elk van beide schema's kan worden geactiveerd door specifieke triggers. Bovendien blijkt uit de analyse van het hypochondere denken dat het actieve schema kan dienen als stimulus voor de activatie van het andere schema. Op de geruststellende cognitie 'geen afwijkingen gevonden' volgt bijvoorbeeld de angstpropende gedachte 'Ja, maar het was maar een oppervlakkig onderzoek'. Hierdoor ontstaat een 'enerzijds-anderzijds' geaarde cognitieve interactie bij de hypochondere patiënt, ofwel een 'interne dialoog'. Deze term omschrijft Schwartz (1986) als 'een innerlijke strijd tussen positieve en negatieve *self-statements*', waarbij positieve *self-statements* het doelgedrag faciliteren en negatieve *self-statements* daar juist mee interfereren. Hij beschouwt de interne dialoog als een verbijzondering van de dialectische aard van het humane denken.

Bijzonder interessant in relatie tot hypochondrie zijn Schwartz' observaties van de asymmetrie in de interne dialoog. Bij optimaal functioneren van een individu binnen een bepaald domein (bijvoorbeeld in testsituaties of in sociale interacties) vindt hij een vaste 1,7:1 verhouding van het aantal positieve en negatieve self-statements binnen dat domein. Maar bij disfunctionele groepen (bijvoorbeeld testangstige of subassertieve personen) vindt men — onafhankelijk van de aard van het domein — steeds een verhouding van 1 op 1. Hierbij is het aantal positieve self-statements bij beide groepen vergelijkbaar, maar het aantal negatieve self-statements in de disfunctionele groep is groter. Disfunctioneel denken wordt dus niet zozeer gekenmerkt door het ontbreken van positieve statements, maar door een toename van negatieve statements. Omdat hypochondere patiënten ook als disfunctionele groep kunnen worden beschouwd, kunnen we veronderstellen dat de 1 op 1-ratio ook op hypochondrie van toepassing is. Met andere woorden: de hypochondere patiënt gebruikt ongeveer even vaak het gezondheidsschema als het ziekteschema. Dit zou het interne dialoogkarakter van het hypochondere denken nog eens benadrukken. Vergeleken met de 'klassieke' opvattingen over hypochondrie, die vooral automatische disfunctionele gedachten of morbide preoccupaties benadrukken, betekent de interne dialoogtheorie over hypochondrie een aanzienlijke verbreding, met therapeutische consequenties. Deze zullen verderop worden besproken.

## **Voorlopige bevindingen met betrekking tot de interne dialoogtheorie over hypochondrie**

Het introduceren van een dialectisch model voor hypochondrie betekent het benadrukken van het begrip 'twijfel' ten opzichte van het concept 'angst' in het denken van de hypochondere patiënt. De interne dialoog heeft als grondthema: ben ik nu ziek of gezond? Het chronische karakter van deze interne dialoog wijst erop dat het individu niet tot een oplossing komt, niet kan kiezen voor een van beide cognitieve schema's en er dus blijkbaar een vergelijkbare geloofwaardigheid aan hecht.

In een verkennende pilotstudie onderzochten wij de hierboven veronderstelde aanwezigheid en gelijkwaardigheid van beide cognitieve schema's. Daartoe legden wij — binnen het kader van een bredere studie (Haenen, Schmidt, Kroeze, & Van den Hout, 1996) — aan zestien hypochondere patiënten met angst voor kanker (DSM-IV-criteria) en aan een controlegroep van niet-hypochondere personen ( $n = 24$ ) tweemaal een vragenlijst voor. In deze lijst werden tien triggersituaties beschreven die relevant zijn voor hypochonders, bijvoorbeeld: 'U leest een artikel over de symptomen van kanker.' Aan elk van deze triggers koppelden wij twee cognities: één cognitie uit het gezondheidsschema en één uit het ziekteschema. Zo ontstond een lijst van twintig items, die vervolgens werden gerandomiseerd. De vragenlijst werd tweemaal ingevuld met een tussenperiode van enkele weken.

We vroegen de proefpersoon zich de geschetste situatie voor te stellen (bijvoorbeeld: 'Stel, u leest een artikel over de symptomen van kanker.') en presenteerden een van de gekoppelde cognities (bijvoorbeeld: 'Dit herken ik, wat hier beschreven staat, heb ik ook.'). Bij de eerste afname van de lijst vroegen we hoe groot men de kans (nul tot honderd procent) achtte dat een dergelijke gedachte in de beschreven situatie zou opkomen. Bij de tweede afname werden dezelfde situaties en cognities gepresenteerd,

nu met de instructie aan te geven hoe logisch of terecht men de betreffende gedachte in de geschetste triggersituatie zou vinden (logisch/terrecht-onzin).

Allereerst werden de ratio's berekend van geruststellende en angstproeppende cognities — in de terminologie van Schwartz: positieve ten opzichte van negatieve self-statements. Voor gezonde mensen bedroeg deze ratio 1,3 : 1; voor de hypochondere groep 1 : 1,3. Deze verhoudingen liggen in lijn met de eerdergenoemde ratio's van Schwartz en stemmen zelfs volledig overeen met de ratio's van Cacioppo, Glass en Merluzzi (1979) bij al dan niet sociaal angstigen. Ook wij vonden dat de ongunstige ratio van de hypochondere groep méér wordt verklaard door de hogere frequentie van negatieve cognities dan door een lagere frequentie van positieve cognities ten opzichte van de gezonde groep.

Daarnaast vonden we een gelijke geloofwaardigheid voor beide cognitieve schema's binnen de hypochondere groep. Het verschil met de niet-hypochondere groep is niet dat de geloofwaardigheid van geruststellende cognities bij hypochondere personen lager is (deze ligt namelijk op hetzelfde niveau), maar dat de niet-hypochondere groep catastroferende cognities in hoge mate onzinnig vindt.

Een relativering van onze bevindingen is passend. Het is evident dat het invullen van een vragenlijst nog iets anders is dan het zich werkelijk bevinden in de beschreven situatie. Anderzijds stemmen onze resultaten overeen met het bestaande onderzoek, zoals samengevat door Schwartz (1986). Wij beschouwen deze voorlopige bevindingen dan ook als een stimulans voor verdere studie naar de interne dialoogtheorie voor hypochondrie.

## Therapeutische consequenties

Aan de interne dialoogtheorie van hypochondrie zijn therapeutische consequenties verbonden. Op dit moment geldt cognitieve-gedragstherapie als norm bij primaire hypochondrie (Clark et al., 1998; Warwick & Salkovskis, 1990). De therapeut daagt de automatische (disfunctionele) negatieve gedachten van de hypochondere patiënt uit via een socratische dialoog, om ze te vervangen door functionelere en realistischere gedachten (Beck, 1976). Gedragsexperimenten worden gebruikt om vóóronderstellingen in de praktijk op houdbaarheid te toetsen. In de cognitieve behandeling staat het opsporen en veranderen van deze situationeel bepaalde, automatische gedachten centraal. De therapeut gaat in op de inhoud en houdbaarheid van concrete cognities. Zoals Clark et al. (1998) beschrijven, is binnen de cognitieve behandeling van hypochondrie het doel 'het geloof van de patiënt aan te passen' door 'het identificeren en uitdagen van de bewijzen die patiënten aanvoeren voor hun misinterpretaties van symptomen en voortekenen'. Het doel is de patiënt te leren inzien hoe disfunctioneel zijn uitgangspunten zijn.

Volgens de interne dialoogtheorie is het aangaan van een socratische discussie over het waar(schijnlijk)heidsgehalte van een concrete cognitie uit het ziekteschema overbodig. De patiënt ziet — in 'veilige' situaties — zélf heel goed in dat een gedachte uit het ziekteschema onzin is; daar is geen uitdaging door de therapeut voor nodig. Het behandeldoel is niet dat de patiënt moet gaan beseffen hoe disfunctioneel en onjuist de angstproeppende gezondheids-cognities zijn, maar dat de interne

gezondheidsdialoog (waarvan ook de geruststellende cognities deel uitmaken) moet stoppen of onder controle moet komen.

Uit het dialoogmodel is een verklaring voor het falen van medische geruststelling bij hypochondere patiënten af te leiden. Wanneer een behandelaar nadruk legt op het eenzijdig versterken van het gezondheidsschema, of op het verzwakken van het ziekteschema, betekent dit binnen het dialoogmodel een evenwichtsverstoring met een defensiereactie als gevolg. Een extreem voorbeeld hiervan deed zich voor in mijn eigen praktijk. Na specialistisch onderzoek bleken bij een hypochondere patiënt geen aanwijzingen voor longkanker te bestaan, hetgeen we bespraken. Aan de afsprakenbalie van het ziekenhuis hoorde de patiënt dat hij geen nieuwe afspraken meer hoefde te maken. Dit leidde tot grote angst, omdat hij de conclusie trok dat de ware bevindingen werden verzwegen en dat hij medisch was opgegeven. Een krachtige versterking van het gezondheidsschema blijkt te leiden tot een reactieve, forse versterking van het ziekteschema. In mildere vorm wordt dit reactiefenomeen in de medische praktijk veelvuldig waargenomen, wanneer artsen proberen om hypochondere patiënten gerust te stellen, met als resultaat vaak nog meer angst en twijfel. Dit deed Salkovskis en Warwick (1986) verzuchten dat 'het wellicht gepast is om te zeggen dat een onrealistische angst of overtuiging niet blijft bestaan ondanks, maar *dankzij* herhaald medisch geruststellen.'

Aangezien eenzijdige versterking van het gezondheidsschema, of verzwakking van het ziekteschema, eerder leidt tot een intensivering dan tot een vermindering van de interne dialoog, zullen we — het dialoogmodel volgend — moeten zoeken naar andere therapeutische technieken in de behandeling van hypochondrie. Het ligt voor de hand ons te concentreren op de veranderbaarheid van de formele structuur van de interne dialoog, dan op de inhoudelijke aspecten van het ziekteschema. Doelstelling van de behandeling wordt dan stoppen of relativeren van de interne dialoog.

Aanknopingspunten biedt de behandeling van pathologisch piekeren, die is gericht op het doen toenemen van controlebesef bij de patiënt en het reduceren van verwarring (Butler, 1994). De stimuluscontrolebehandeling van Borkovec, Willemson, Folensbee en Lerman (1983) bijvoorbeeld, is bedoeld om, onafhankelijk van het inhoudelijk thema, het piekeren zo snel mogelijk te onderbreken en te vervangen door een productievere activiteit. Merk op dat hierbij op de piekerinhoud niet wordt ingegaan; deze wordt hoogstens gebruikt om het piekeren te herkennen. Evers (1994) noemt verwante therapeutische mogelijkheden, waaronder desidentificatiestrategieën. Hierbij wordt de patiënt bewustgemaakt van het feit dat hij zich met bepaalde gedachten of cognitieve structuren indentificeert. Dan oefent de patiënt om dit niet meer te doen, maar zich juist los te maken van deze cognities. Ook hier ligt de nadruk niet op de inhoud, maar op de anatomie van het denken. Met andere woorden: de hypochondere patiënt geneest niet omdat zijn opvattingen veranderen, maar omdat hij het piekeren (in dit geval gedefinieerd als het voortdurend en vruchteloos zoeken naar doorslaggevende argumenten als antwoord op de vraag: ben ik nu ziek of gezond?) onder controle heeft gekregen. In dit verband kan men dus spreken van een metacognitieve therapie. Op landelijk niveau wordt thans — in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen en in het kader van de onderzoeksschool Experimentele psychopathologie — een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de effecten van traditionele cognitieve gedragstherapie (als gouden standaard) en die van een metacognitieve therapie, als uitvloeisel van de interne dialoogtheorie voor hypochondrie.

## Slotopmerking

De interne dialoogtheorie brengt een duidelijke structuur aan in het hypochondere denken. Hierbij wordt de twijfel, meer dan de angst, benadrukt. De twijfel blijft bestaan door het evenwicht van beide cognitieve schema's. De theorie verklaart echter niet direct waarom hypochondere patiënten zoveel moeite doen om deze twijfel op te lossen. Immers: niemand kan ooit een garantiebewijs voor gezondheid afdwingen. In theorie is er ook bij gezonde mensen een kans op ernstige ziekte. Alleen: de niet-hypochondere mens maakt zich hierover niet druk. De hypochondere patiënt lijkt — althans voor wat betreft de eigen gezondheid — intolerant voor ook maar de minste onzekerheid, die niettemin nooit kan worden weggenomen. In nader onderzoek moet worden vastgesteld in hoeverre deze onzekerheidstolerantie bij hypochondere patiënten nader is te objectiveren, in hoeverre ze kan worden gegeneraliseerd naar andere domeinen van functioneren en in hoeverre dit therapeutische consequenties heeft.

---

### Abstract

*Unjustified, catastrophizing health-related cognitions are the core of hypochondriasis. However, the status of these cognitions is unclear. Some regard them as ego-dystone and emphasize the obsessive aspects; others regard them as ego-syntone worrying. It was assumed that hypochondriac patients sometimes find their negative health cognitions senseless, but in other situations regard them as adequate. In the proposed, so called 'internal dialogue theory' it is therefore assumed that two opposing cognitive schemes characterize hypochondriacal thinking: a health scheme containing reassuring thoughts, and an illness scheme with anxiety-triggering cognitions. These schemes have equal credibility and both schemes are used with the same frequency. Each scheme is activated by a different set of triggers and activation of one schema may serve as a trigger for activation of the other, resulting in a permanent doubt about the status of the own health. A pilot study confirms the presence of both cognitive schemes. Consequences of the internal dialogue theory for the treatment of hypochondriasis are indicated.*

## Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV . (fourth edition)*. Washington DC: APA.
- Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28-34.
- Barsky, A.J. (1992). Hypochondriasis and obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 791-801.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: J. Wiley & Sons Ltd.
- Borkovec, T.D., Willemson, L., Folensbee, R., & Lerman, C. (1983). Control applications to the treatment of worry. *Behaviour research and therapy*, 21, 247-251.
- Brown, T.A., Dowdall, D.J., Côté, G., & Barlow, D.H. (1994). Worry and obsessions: the distinction between generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. In G. Davey, & F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: J. Wiley & Sons Ltd.



- Butler, G. (1994). Treatment of worry in generalized anxiety disorder. In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: J. Wiley & Sons Ltd.
- Cacioppo, J.T., Glass, C.R., & Merluzzi, T.V. (1979) Self-statements and self-evaluations: A cognitive-response analysis of heterosocial anxiety. *Cognitive therapy and research*, 3, 249-262.
- Clark, D., Salkovskis, P., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Lutgate, J., Ahmad, S., Richards, H., & Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Evers, R.A.F. (1994). Desidentificatie ofwel de weg van het loslaten: een cognitieve strategie. *Gedragstherapie*, 27(2), 127-144.
- Fallon, B.A., Klein, B.W., & Liebowitz, M.R. (1993). Hypochondriasis: Treatment strategies. *Psychiatric Annals*, 23(7), 374-381.
- Haenen, M.A., Schmidt, A.J.M., Kroeze, S., & Hout, M.A. van den (1996). Hypochondriasis and symptom reporting — the effect of attention vs. distraction. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65(1), 43-48.
- Noyes, R., Wesner, R.B., & Fisher, M.M. (1992). A comparison of patients with illness phobia and panic disorder. *Psychosomatics*, 33(1), 92-99.
- Salkovskis, P.M., & Warwick, H.M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 597-602.
- Schwartz, R.M. (1986). The internal dialogue: on the asymmetry between positive and negative coping thoughts. *Cognitive therapy and research*, 10(6), 591-605.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Stanley, M.A. (1992). Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- Warwick, H.M.C., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 105-117.