

Capitolo 9

L' IPOCONDRIA

Angelo Maria Saliani, Andrea Gragnani, Francesco Mancini

Sara ha 40 anni, è una donna colta, intelligente, ha un bambino di 5 anni, un buon lavoro ed un marito da cui si è sempre sentita amata, nonostante negli ultimi anni il loro rapporto sia entrato in crisi a causa di alcune preoccupazioni che la assillano.

Questa mattina Sara ha notato di avere degli strani spasmi ai polpacci. Ne è molto preoccupata ed ha chiesto un parere a suo marito, il quale ha provato a ricordarle che negli ultimi mesi ha fatto numerosi controlli medici, che nessuno ha dato esito positivo, che è una donna ancora giovane e sana e che sicuramente quegli spasmi non saranno nulla di serio. Queste rassicurazioni purtroppo non bastano a Sara che tra sé e sé pensa: "molte gravi malattie neurologiche hanno un esordio subdolo ed i loro sintomi vengono spesso sottovalutati all'inizio ...". Decide a quel punto di prendersi una giornata di completo riposo per valutare con calma il da farsi e dedicarsi ad un controllo prolungato degli spasmi, nella speranza che spariscono definitivamente. Il problema però non sembra passare ed anzi, mentre osserva e tasta le gambe, si accorge che gli spasmi sembrano essersi estesi anche ai muscoli dei piedi. La preoccupazione sale, Sara vorrebbe non pensarci, ma al tempo stesso ritiene che sia da incoscienti trascurare un sintomo tanto evidente. La mente corre ad un sito internet di medicina che ha consultato di recente e che le sembra attendibile, accende il computer, si collega al sito e digita il nome del sintomo. Legge: "gli spasmi muscolari possono derivare da molte cause diverse, spesso del tutto fisiologiche, ma possono anche essere, in alcuni casi, il sintomo di una patologia neurologica e non vanno sottovalutati". L'ansia cresce e l'idea di poter essere davvero malata è sempre più forte. A quel punto, si ricorda di una vecchia compagna di scuola che fa il neurologo. Riesce a contattarla e a spiegarle la situazione; l'amica l'ascolta con calma, le pone delle domande e dopo un momento di pausa le dice che molto probabilmente non c'è nulla di cui preoccuparsi, ma che per eliminare ogni dubbio forse è il caso di prendere un appuntamento e fare una visita più accurata. Sarà anche un modo per incontrarsi e parlare dei tempi della

scuola...

Questa risposta dell'amica getta Sara nello sconforto. È agitata, piange, teme che l'amica abbia già una diagnosi, ma abbia preferito risparmiargliela per telefono, si vede destinata ad una triste agonia su una sedia a rotelle, probabilmente non farà neanche in tempo a vedere crescere il figlio e mentre considera con angoscia tutto questo, riecheggiano nella sua mente le frasi che tante volte le ha rivolto il marito negli ultimi anni: "quando parli della tua salute sembri una matta, stai rovinando quella che era una bella famiglia.."; Sara vorrebbe tanto non pensarci, non le piace sentirsi e mostrarsi angosciata, vorrebbe cancellare ogni preoccupazione, godersi la sua famiglia e far crescere il figlio in un clima sereno, ma sente di non avere altra scelta.

Premessa

Nella prima parte di questo capitolo proveremo a rispondere alle seguenti tre domande:

-perché Sara continua a credere di essere malata nonostante possieda le competenze cognitive e le informazioni utili a smentire i propri timori?

-perché non accetta o non si rassegna all'idea di essere malata –o al rischio di poterlo essere- nonostante i tentativi di assicurazione falliscano sistematicamente?

-perché la critica che Sara spesso rivolge alle proprie preoccupazioni ed ai propri comportamenti risulta inefficace?

Le tre domande rimandano al problema del paradosso nevrotico, fenomeno comune a molti quadri psicopatologici e formulabile in questi termini:

-per quale ragione non si attua un cambiamento che appare opportuno e possibile?

-per quale ragione non si attua tale cambiamento anche quando il soggetto, riconoscendolo come opportuno e possibile, prescrive a se stesso di attuarlo?

-per quale ragione non si attua un cambiamento opportuno e possibile, che il soggetto stesso si prescrive e che, sulla base delle leggi psicologiche che governano i comportamenti degli esseri umani, normalmente avviene?

In questa prima parte faremo ampio riferimento ad un articolo di Mancini (1998) dedicato alla spiegazione dei paradossi della mente ipocondriaca.

Nella seconda parte illustreremo le linee generali del trattamento cognitivo-comportamentale dell'ipocondria, facendo particolare attenzione ai problemi posti dall'interazione con il paziente, presentando alcune delle tecniche standard di modificazione delle convinzioni disfunzionali e sottolineando la necessità di aiutare il paziente, attraverso l'uso di specifiche strategie, ad accettare il rischio di malattia.

I criteri diagnostici dell'Ipocondria:

Il DSM IV TR (2000) indica i seguenti criteri per la diagnosi del disturbo:

- A. La preoccupazione legata alla paura di avere, oppure alla convinzione di avere, una malattia grave, basata sulla erronea interpretazione di sintomi somatici da parte del soggetto.
- B. La preoccupazione persiste nonostante la valutazione e la rassicurazione medica appropriate.
- C. La convinzione di cui al criterio A non risulta di intensità delirante (come nel Disturbo Delirante, Tipo Somatico) e non è limitata a una preoccupazione circoscritta all'aspetto fisico (come nel Disturbo di Dismorfismo Corporeo).
- D. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.
- E. La durata dell'alterazione è di almeno 6 mesi.
- F. La preoccupazione non è meglio attribuibile a Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo di Panico, Episodio Depressivo Maggiore, Ansia di Separazione, o un altro Disturbo Somatico.

Specificare se:

Con Scarso Insight: se, per la maggior parte del tempo durante l'episodio in atto, la persona non è in grado di riconoscere che la preoccupazione di avere una malattia grave è eccessiva o irragionevole.

La specifica relativa alla consapevolezza critica e i criteri A, B ed E sembrano rimandare in modo forte alle tre questioni poste nella premessa.

Le caratteristiche cognitive degli ipocondriaci sulla base dell'osservazione clinica.

Vari autori (Guidano e Liotti 1983, Reda 1986, Lorenzini e Sassaroli 1987) suggeriscono, sulla base dell'esperienza clinica, che i pazienti ipocondriaci abbiano un'immagine di sé caratterizzata dall'idea di essere individui fragili, deboli, vulnerabili. Tale idea si formerebbe a partire da esperienze relazionali precoci in cui la figura di attaccamento rimanderebbe al bambino tale immagine di fragilità in modo sistematico con messaggi sia espliciti sia para- ed extra-verbali (ad esempio, attraverso atteggiamenti iper-protettivi).

Va peraltro considerato che l'immagine di debolezza che il paziente ipocondriaco solitamente ha di sé stesso non è da intendersi solo come debolezza sul piano strettamente fisico (vulnerabilità alle malattie, facilità a stancarsi ecc.), ma anche come debolezza psicologica (convinzione di provare emozioni esagerate, pericolose, dannose, difficilmente controllabili).

Il piano esistenziale dei soggetti con problemi ipocondriaci sembra inoltre caratterizzato dal perseguimento di tre scopi fondamentali:

-lo scopo di non essere malati

-lo scopo di non essere persone deboli (fisicamente e psichicamente).

In questo senso, anche scoprirsi esageratamente ansiosi minaccia tale scopo. Spesso, infatti, i pazienti ipocondriaci valutano negativamente il fatto stesso di essere e sentirsi esageratamente preoccupati.

-lo scopo di rispettare una regola di prudenza e di essere perciò all'altezza delle proprie responsabilità. Questa caratteristica riguarda particolarmente i problemi ipocondriaci di soggetti ossessivi (Mancini 2005).

1. Il primo punto: la difficoltà di cambiare la credenza di poter essere malati.

Stando ai criteri diagnostici riportati sopra un soggetto è ipocondriaco se continua a interpretare alcune sensazioni corporee come segno di malattia nonostante abbia ricevuto rassicurazioni mediche pertinenti e nonostante possieda le capacità intellettive per compiere le inferenze opportune dalle informazioni ricevute.

La credenza ipocondriaca è solitamente scarsamente giustificata. Una credenza debolmente giustificata (Davidson 1986, Magri 1991) è tale se è intrattenuta "a) in modo sistematico da parte di un soggetto; b) nonostante siano disponibili a tale soggetto le informazioni, e siano entro le sue competenze cognitive le regole, che giustificano una credenza diversa", (Magri 1991, p.43).

Perché allora continua ad essere mantenuta una credenza debolmente giustificata?

Proveremo a rispondere facendo riferimento prima ai fattori strettamente cognitivi e in seconda battuta a quelli motivazionali.

1.1 i fattori strettamente cognitivi di resistenza al cambiamento delle credenze

I fattori strettamente cognitivi possono a loro volta essere distinti in tre gruppi: fattori strutturali (1.1.1), fattori funzionali (1.1.2) e fattori interattivi (circoli viziosi) (1.1.3).

1.1.1 I fattori strutturali

Possiamo fare riferimento a due principi di resistenza al cambiamento di credenze descritti da Miceli e Castelfranchi (1995).

Il primo sostiene che l'agente cognitivo avrà resistenza a rigettare credenze più credibili e il secondo che avrà resistenza a rigettare le credenze più importanti (id.).

La credibilità di una credenza è determinata dalla affidabilità percepita della fonte sociale, dal numero di fonti ed evidenze diverse e, nel caso di credenze derivate inferenzialmente da altre credenze, essa dipende dalla credibilità delle premesse e dalla forza della regola di inferenza.

L'importanza delle credenze dipende dal numero e dalla importanza delle credenze da cui è supportata e dal numero delle credenze che supporta.

Nel caso dell'ipocondriaco, la credenza di essere persone deboli (fisicamente e psicologicamente) è molto credibile ed epistemicamente importante (nei significati espressi sopra) e per questo risulta particolarmente resistente ad essere abbandonata o modificata. Se consideriamo che tale credenza generale su sé stessi sostiene la credenza più specifica sul proprio stato di salute attuale ("sono malato"!), si può supporre che la resistenza al cambiamento di quest'ultima dipenda dalla resistenza al cambiamento della prima e più generale ("sono debole e fragile"). Concludendo, cambiare idea riguardo al proprio stato di salute attuale può essere reso molto difficile dalla presenza di un'idea globale di sé stessi a sua volta molto resistente perché molto credibile e importante.

1.1.2 I fattori funzionali

La mente umana può elaborare le informazioni utilizzando vari tipi di euristiche che in molti casi possono contribuire a consolidare una credenza. Dall'osservazione clinica sembra che le euristiche più coinvolte nel pensiero ipocondriaco siano il *pregiudizio confermatario*, l'*ancoraggio*, la *rappresentabilità* e la *manipolabilità delle credenze attraverso i copioni*.

Il pregiudizio confermatario consiste nella tendenza a selezionare le informazioni che sono o appaiono coerenti con la decisione iniziale e ad ignorare quelle che la contraddicono. Esiste infatti una naturale tendenza, nota con il nome di *confirmation bias*, che orienta gli esseri umani a cercare evidenze che confermino un'ipotesi iniziale tralasciando le informazioni falsificanti, le uniche che consentirebbero di controllare la veridicità di un'ipotesi (Wason 1960). In questo modo, il paziente ipocondriaco potrebbe selezionare solo informazioni, dati, sensazioni coerenti con il proprio timore iniziale (ad esempio, di essere gravemente malato) finendo per consolidarlo (Salkovskis 1996).

L'ancoraggio prevede che "la revisione di un giudizio intuitivo, impulsivo non sarà mai tale da annullarlo completamente. Consciamente o inconsciamente resteremo sempre ancorati al giudizio iniziale e faremo correzioni solo a partire da questo" (Piattelli Palmarini 1993, p.134-135). Nel caso degli ipocondriaci, più è grave la malattia inizialmente ipotizza-

ta più la revisione critica della credenza ansiogena sarà frenata dall'effetto ancoraggio e le rassicurazioni mediche saranno, perciò, elaborate conservando l'idea che qualche problema di salute c'è, forse non grave quanto temuto in partenza, ma un problema c'è.

Secondo la facile rappresentabilità il verificarsi di un evento è dagli esseri umani stimato tanto più frequente quanto più ci è facile immaginarlo mentalmente e più ci impressiona emotivamente (id.). Per questo particolare tipo di pregiudizio possiamo pensare di avere con più probabilità una grave malattia se, ad esempio, veniamo a sapere che un nostro amico ne è affetto. Se, in altri termini, riusciamo a rappresentarci in maniera vivida ed emotivamente pregnante un determinato evento, allora lo valuteremo anche più frequente e probabile (come spesso accade agli ipocondriaci dopo essersi rappresentati mentalmente la malattia).

Infine, la manipolabilità delle credenze attraverso i copioni prevede che il nostro giudizio in materia di probabilità si lasci influenzare dalle narrazioni, comprese quelle che sappiamo essere frutto di pura invenzione (id.). In altri termini, tracciare una catena plausibile di eventi tra loro conseguenti ci fa di colpo rivalutare 'in alto' la probabilità che si verifichi lo scenario che ha ispirato tale narrazione. Nel caso del pensiero ipocondriaco se l'ipotesi di essere malato è seguita dalla costruzione mentale di una narrazione coerente con l'ipotesi stessa (ad esempio, immaginare di fare una visita clinica, degli accertamenti ulteriori, di ricevere la diagnosi infausta, di essere ricoverato, poi sottoposto ad un delicato intervento chirurgico, poi andare incontro a complicanze post-operatorie, poi vivere una lenta agonia, e così via) la probabilità percepita di essere malati sarà molto più alta e andrà perciò a rafforzare il timore iniziale.

Tutti gli esseri umani utilizzano euristiche come quelle appena descritte e molti individui psicologicamente sani hanno preoccupazioni (anche relative alla propria salute) che si reggono su queste particolari euristiche, ma malgrado ciò riescono a cambiare le proprie ipotesi di malattia, a rassicurarsi rispetto ai propri timori. Le euristiche perciò da sole non bastano a spiegare il mantenimento dei timori ipocondriaci e in ogni caso la loro capacità di rafforzare una credenza dipende principalmente dalla gravità soggettivamente percepita della minaccia. Dobbiamo pertanto supporre che la minaccia di malattia (la cui gravità percepita dipende dal coefficiente di valore degli scopi personali minacciati) sia per gli ipocondriaci più grave che per le altre persone.

1.1.3 I fattori interattivi

I timori ipocondriaci determinano, implicano assai spesso fenomeni che si prestano ad essere letti dal soggetto come conferme della propria ipotesi ansiogena, configurando così un circolo vizioso. Possiamo distinguere almeno due tipi di circoli viziosi: quelli che si reggono su sensazio-

ni somatiche e quelli che si alimentano a causa di fatti esterni.

Citeremo due esempi del primo tipo proposti da Salkovskis (1996): 1) la percezione di minaccia porta all'aumento di sensazioni dovute a meccanismi autonomici (attivazione fisiologica); queste sensazioni vengono a loro volta interpretate dal paziente come ulteriore conferma di malattia. Ad esempio, un paziente era preoccupato perché aveva notato un aumento della sua sudorazione e pensò che questo fosse il sintomo di un grave squilibrio ormonale. La sua preoccupazione si rafforzava perché quando pensava a questa eventualità, tra le varie altre reazioni, si verificava anche un effettivo aumento della sudorazione e tale reazione fisiologica veniva interpretata come conferma dei timori iniziali; 2) alcuni comportamenti protettivi hanno un effetto fisico sui sintomi temuti dal paziente. Ad esempio, un paziente con dolore testicolare si tastava continuamente per controllare il dolore, nella speranza che questo fosse sparito. Ripeteva il controllo per periodi lunghi di quindici minuti ed oltre. L'effetto fu che il dolore, proprio a causa della continua auto-palpazione, finì per aumentare e con esso la preoccupazione ipocondriaca.

Concludiamo con un esempio di circolo vizioso alimentato da fatti esterni. Immaginiamo un paziente ipocondriaco che chieda rassicurazioni sul proprio stato di salute al proprio medico. Ipotizziamo che la risposta del medico sia la seguente: "credo che lei non abbia niente di serio, tuttavia per essere ancora più tranquilli faccia ulteriori accertamenti". Non è azzardato immaginare che la prescrizione di nuovi accertamenti medici (evento esterno) venga interpretata dal paziente come conferma dei suoi timori iniziali.

1.2 I fattori motivazionali

Come già detto le motivazioni che contribuiscono a ostacolare il cambiamento delle credenze ipocondriache sembrano consistere nei tre scopi di non essere malati, non essere persone deboli, essere persone prudenti e all'altezza delle proprie responsabilità.

Queste motivazioni possono influenzare i processi cognitivi in almeno due modi: in automatico (con l'uso inconsapevole delle euristiche, già descritte nel paragrafo 1.1.2) e attraverso il pensiero magico.

Alla base del pensiero magico vi è "la credenza secondo cui si possono ottenere degli effetti nel mondo fisico attraverso delle operazioni puramente simboliche non causalmente legate a tali effetti (ad es. tirare un dado con la mano leggera per fare uscire un numero basso, cfr. Henslin, 1967)" (Giroto 1994).

Il pensiero magico può essere alla base di una regola prudenziale per la quale 'prevedere' non solo consente in qualche modo di prevenire ma 'è' già in sé una prevenzione. Fare continui controlli, accertamenti, ricerche, visite, rimuginare sul proprio stato di salute, da un lato può realisti-

camente (causalmente) aiutare a prevenire una malattia, ma assai spesso è visto dall'ipocondriaco anche come modalità che scaramanticamente allontana la malattia, 'porta bene' (o 'porta male' il suo contrario, ossia distrarsi, abbassare la guardia). Possiamo perciò affermare che la difficoltà a modificare i propri timori ipocondriaci dipenda anche dalla paura di abbassare la guardia rispetto ai rischi e di restare in questo modo più esposti ad essi (sia concretamente sia magicamente).

2. Il secondo punto: la difficoltà di accettare il rischio di malattia

Ogni essere umano è continuamente esposto al rischio di malattia, sa di esserlo, eppure non controlla continuamente il proprio stato di salute. In un buon numero di casi farà dei controlli generici e periodici, in altri dei controlli più specifici, ma nel resto del tempo non si occuperà mentalmente della propria salute. Potremmo cioè dire che più o meno consapevolmente tollera il fatto di essere a rischio di malattia senza per questo dedicare gran parte del tempo alla ricerca di informazioni che lo rassicurino rispetto a tale evenienza.

Sappiamo invece che il soggetto che sia entrato nella spirale dell'ipocondria non tollera dubbi rispetto alla propria salute e cerca in tutti i modi di tenere sempre alta la guardia dinanzi al rischio di malattia.

Perché il soggetto ipocondriaco non accetta il rischio di poter essere malato ed insiste nel tentativo di azzerare tale rischio?

Lo stato mentale dell'ipocondriaco è peraltro anche molto diverso da quello di una persona realmente malata, nonostante abbiano apparentemente lo stesso tipo di convinzione (quella di essere malati, appunto). Ad esempio, un vero cardiopatico può avere nei confronti del rischio di morire di infarto un'attitudine molto diversa da quella di un paziente ipocondriaco con lo stesso timore. Può essere prudente, preoccupato ma non ossessionato, può gestire il proprio problema fisico senza dedicargli più del tempo necessario, può dedicarsi ad altri interessi, progetti, può addirittura pericolosamente dimenticarsi di essere malato.

La differenza tra il malato 'vero' e l'ipocondriaco non sembra perciò risiedere nel grado di convincimento di essere a rischio, né nella probabilità percepita di esserlo, ma piuttosto nell'accettazione o meno del rischio. Perché allora il naturale processo di accettazione del rischio che avviene naturalmente tanto nei soggetti sani quanto in quelli fisicamente malati, nel soggetto ipocondriaco non si compie?

Nei paragrafi che seguono proveremo a rispondere alla domanda appena posta.

2.1 *L'accettazione delle minacce*

Una differenza cruciale che passa tra l'ipocondriaco e il malato vero dipende dal fatto che i due si confrontano con due problemi diversi: il primo deve accettare una minaccia, il secondo un fatto acclarato. E accettare una minaccia è per diverse ragioni molto più difficile che accettare un fatto, per quanto negativo esso sia.

Per prima cosa, l'accettazione di un evento non attuale richiede un ragionamento di tipo contro-fattuale, dunque l'elaborazione di due ipotesi, due rappresentazioni che si escludono reciprocamente, il che può risultare difficoltoso, almeno in parte, per i limiti della memoria di lavoro (Girrotto e Legrenzi 1993).

Secondariamente, il confronto con un danno ormai attuale, mette inevitabilmente l'individuo nella condizione di sperimentare un mondo senza il bene perduto ponendo almeno le premesse perché il processo di accettazione abbia inizio. Ad esempio, un individuo che sia ricoverato in ospedale, che veda altre persone in condizioni simili o peggiori della propria, può iniziare a farsi una ragione del proprio stato, a considerarsi magari più fortunato e speranzoso di altri o a toccare con mano che tanta gente è malata, che non è toccata solo a lui, che ci sono delle cure, che una vita limitata dalla malattia, per quanto dolorosa, può ancora riservare dei momenti piacevoli.

Infine, il raggiungimento della certezza ha per gli esseri umani un'attrazione particolare e si è solitamente disposti ad investire molte risorse se si ritiene di essere in grado di ottenerla. Gli studi di psicologia cognitiva hanno peraltro dimostrato la difficoltà che gli esseri umani hanno a tener conto delle probabilità intermedie. Non si è disposti a investire molto affinché, ad esempio, il rischio di un danno scenda dal 30% al 3%, ma si è disposti a spendere moltissimo perché la probabilità del rischio scenda dall'1% a 0 (Lorenzini 1997).

Le considerazioni appena fatte tuttavia non risolvono del tutto il quesito posto all'inizio del capitolo. È vero infatti che gli ipocondriaci, più dei malati, devono confrontarsi con una minaccia e non con un fatto certo e che, come abbiamo visto, accettare una minaccia è più difficile che accettare un fatto, ma è anche vero che i malati assai spesso non si limitano ad accettare il semplice fatto di essere malati, ma anche minacce di futuri peggioramenti, complicanze ecc. Ovvero mostrano un'attitudine ad accettare (che gli ipocondriaci non hanno) che non può essere spiegata solo dall'evidenza di confrontarsi con un evento negativo ormai certo. Diventa perciò necessario individuare altri fattori capaci di spiegare la specifica difficoltà che gli ipocondriaci hanno ad accettare il rischio di malattia. Ancora una volta, come nel caso della disamina della prima questione (capitolo 1) diviene perciò indispensabile dedicarsi al ruolo giocato dagli aspetti motivazionali.

2.2 I fattori motivazionali implicati nella non accettazione

In qualunque istante e rispetto al perseguimento di qualunque desiderio, speranza, scopo, gli esseri umani possono persistere o accettarne la minaccia o la compromissione.

Quanto più si percepisce probabile, realisticamente raggiungibile il traguardo e quanto più esso è soggettivamente importante per l'individuo, tanto più si tende a persistere.

L'entità, l'importanza della posta in gioco dipende a sua volta dalla prospettiva della valutazione (ovvero dal livello di aspettativa), dal grado di definizione degli scopi coinvolti, dal loro coefficiente di valore e da quanto gravemente il soggetto ritiene che gli scopi siano minacciati o compromessi.

Secondo la *prospect theory* di Tversky e Kahneman (1981) gli esseri umani valutano gli eventi distinguendo guadagni e perdite rispetto ad una linea di base soggettivamente definita e sono disposti ad investire molte più risorse per evitare una perdita che per procurarsi un guadagno. Ora, possiamo supporre che l'ipocondriaco abbia un livello di aspettativa sulla propria salute piuttosto elevato e che, per questo, gli eventi che la coinvolgono siano facilmente valutati come perdite (o minacce di perdita) piuttosto che come mancati guadagni (o minacce di mancati guadagni). Tale tipo di valutazione contribuirebbe a far investire molte risorse nella prevenzione del rischio di malattia complicando il processo di accettazione.

Gli scopi che l'ipocondriaco persegue sono inoltre indefiniti, ovvero formulati più come assenza di un male piuttosto che come stati chiari e ben specificati da raggiungere. In altri termini, l'ipocondriaco cerca di *non* essere malato, *non* essere debole, senza ben rappresentarsi ciò che invece vuole ottenere. L'indefinitezza delle mete comporta almeno due ostacoli nel cammino verso l'accettazione: la mancanza della regola di stop (sa da dove vuole fuggire, ma non sa se è fuggito abbastanza e quindi se e quando sia opportuno fermarsi) e la difficoltà a tenere conto dei costi dovuti alla persistenza (sa quanto spende in preoccupazioni e comportamenti protettivi, ma non se sia adeguato se commisurato allo scopo, visto che lo scopo è indefinito).

Dei tre scopi coinvolti nell'ipocondria quello di non essere persona debole sembra giocare un ruolo cruciale nel mantenimento del disturbo per il fatto che le stesse ansie e preoccupazioni diventano prova di debolezza. In altri termini, per l'ipocondriaco, diversamente dal malato, le sensazioni corporee, i sintomi fisici più o meno gravi non sono semplicemente minacce alla salute, ma anche occasioni che causano ansia, dunque minaccia dello scopo di non essere deboli. Tollerare il rischio di malattia, abbassare la guardia, rinunciare alle rassicurazioni risulta perciò ben più difficile.

Nel caso dei pazienti particolarmente scrupolosi (come gli ossessivi con timori ipocondriaci) la gravità della posta in palio è ancora maggiore perché accettare il rischio di malattia comporta soggettivamente esporsi anche alla compromissione dello scopo di essere persone responsabili e prudenti.

Infine, per alcuni scopi la compromissione è del tipo 'sì o no' (ad esempio, o si è laureati o no, non esistono gradi intermedi dell'essere laureati), per altri, invece, la compromissione e il loro raggiungimento possono essere maggiori o minori (si può essere, ad esempio, più o meno ricchi) ed è evidente che accettare parziali compromissioni è più semplice che accettarne di più grandi. Gli scopi di non essere malati e deboli sono di questo secondo tipo (si può infatti essere malati più o meno gravemente, si può essere più o meno deboli) e, agli occhi dell'ipocondriaco, la loro compromissione è ampia per due ragioni: la prima è che solitamente l'ipocondriaco spesso teme di avere gravi malattie (e in presenza di mali minori, come un raffreddore, teme che siano prodromi o sintomi di qualcosa di più grave); la seconda dipende dal fatto che, con il ripetersi continuo di episodi di ansia e preoccupazione, vede via via compromesso in modo più esteso lo scopo di non essere persona debole.

Ora, le spiegazioni appena descritte (relative all'importanza del livello di aspettativa, dell'indefinitezza degli scopi, del numero e del coefficiente di valore degli scopi coinvolti, del grado di compromissione degli scopi) aiutano a capire meglio le differenze di atteggiamento esistenti tra ipocondriaci e malati veri di fronte a problemi di salute, ma non esaurisce definitivamente la questione della non accettazione. Per quanto grave appaiano agli occhi dell'ipocondriaco la minaccia o il danno, perché con il passare del tempo ed il ripetersi di fallimenti sistematici dei suoi tentativi di assicurazione, il paziente non arriva finalmente ad accettare lo stato sgradevole in cui ritiene di trovarsi? Per rispondere a questa domanda è lecito ipotizzare che intervengano meccanismi che mantengano e rafforzino l'esigenza di azzerare i rischi nonostante l'esperienza ripetuta della scarsa efficacia dei suoi tentativi.

2.3 Le spirali viziose

Prenderemo ora in considerazione alcuni circoli viziosi nei quali tipicamente si trova intrappolato l'ipocondriaco e che, verosimilmente, rendono via via sempre più problematica l'accettazione del rischio di malattia.

Abbiamo già evidenziato come per l'ipocondriaco non sia importante solo lo scopo di non essere malato, ma anche quello di non essere persona debole e che l'ansia stessa sia interpretata come segno, evidenza, minaccia di debolezza e rischio di malattia. È evidente dunque che il circolo vizioso che coinvolge l'ansia (con tutti i suoi correlati psico-fisici), come

già osservato nel paragrafo 1.1.3, contribuisce a mantenere e rafforzare la convinzione, il timore di essere persone deboli e probabilmente malate. Riusciamo cioè a spiegarci come mai è così difficile per l'ipocondriaco cambiare idea rispetto alla propria salute (vedi la prima delle tre domande in premessa).

Proviamo ora rispondere alla seconda questione posta nella premessa: perché l'ipocondriaco non riesce ad accettare la malattia o il rischio di malattia? Abbiamo già detto nei paragrafi 2.1 e 2.2 che accettare una minaccia è in genere più difficile che accettare un fatto negativo acclarato e che alcune caratteristiche dei tre scopi implicati nel disturbo rendono anch'esse difficile fermarsi, abbassare la guardia, rassegnarsi, come accade a tutti gli altri, al rischio di potersi ammalare. Ma non basta. C'è di più: l'ansia per la propria salute, non è semplicemente interpretata come conferma dei propri timori, né solo come segno o espressione di malattia e debolezza, ma anche come elemento che continuamente, nel tempo, mina e indebolisce sempre di più la persona sia emotivamente che fisicamente. Ovvero, l'ansia è vista da un lato come segno (sintomo di una malattia, prova di debolezza, ecc.) e dall'altro come causa (di ulteriore indebolimento, aggravamento, ecc.). In tale condizione appare evidente che la preoccupazione per la salute causa ansia, l'ansia (con tutti i suoi correlati somatici, quali tremori, tachicardia, parestesie, vampate di calore, ecc.), interpretata come sintomo di malattia, segno di debolezza, ma anche come causa di indebolimento e aggravamento, produce ulteriore preoccupazione e ulteriori tentativi di azzerare il rischio e placare l'ansia riavviando ed inasprendo continuamente il ciclo. Ad ogni giro la persona si percepisce via via più indebolita, vulnerabile, a rischio, l'entità del danno appare perciò sempre più grande, la situazione psico-fisica sempre più compromessa e, in modo inversamente proporzionale, aumenta l'esigenza di non mollare, recuperare le forze, limitare le occasioni ansio-gene, difendersi. Più ci si preoccupa più ci si indebolisce e più ci si indebolisce più diventa urgente tenere la guardia alta di fronte al rischio di ammalarsi e di indebolirsi ulteriormente.

La situazione in cui viene a trovarsi l'individuo ipocondriaco presenta delle analogie con quella del giocatore d'azzardo: quest'ultimo più perde più vede crescere il suo il bisogno di giocare, più aumenta l'entità della perdita più aumenta l'esigenza di recuperare il denaro perso. Questo nella maggior parte dei casi porterà a nuove puntate e a nuove perdite perpetuando una spirale negativa e virtualmente infinita. Allo stesso modo l'ipocondriaco più teme di essere malato più tiene la guardia alta rispetto ai rischi per la salute investendo in controlli, evitamenti, comportamenti protettivi; più questi falliscono nello scopo di azzerare i rischi più la sua ansia si mantiene, più l'ansia si mantiene più egli si percepisce indebolito e più si percepisce indebolito più aumenta la sua esigenza di tenere la guardia alta.

Altre spirali possono intervenire nell'inasprire i timori per la propria salute e la convinzione di essere via via sempre più deboli innalzando contemporaneamente l'esigenza di azzerare i rischi e di fatto impedendo il normale percorso verso l'accettazione. Una può essere mantenuta da altri stati emotivi diversi dall'ansia (primo fra tutti la depressione): il paziente vedendosi ormai irrimediabilmente debole ed esposto alle malattie potrebbe deprimersi e vedere la depressione (con tutte le sensazioni e le eventuali somatizzazioni che essa comporta) come conferma e causa di ulteriore indebolimento mentale e somatico. Un'ulteriore spirale può essere alimentata dal rapporto con gli altri significativi. Le continue richieste di rassicurazione che l'ipocondriaco fa non di rado lo espongono a giudizi sventati ("dicono che esagero, che sono un malato immaginario, nessuno mi crede, nessuno si curerà più di me") che incidono negativamente sull'immagine di sé stesso – sempre più connotata in termini di instabilità psichica – e sull'idea di poter contare sugli altri. In questo modo, essendo via via sempre più minata l'idea di possedere le risorse individuali e interpersonali per fronteggiare i pericoli, il senso di minaccia aumenta e si mantiene nel tempo alimentando la spirale viziosa.

3. Il terzo punto: l'inefficacia dell'insight critico

Come previsto anche dai criteri diagnostici del DSM IV TR (APA 2000) non di rado i pazienti ipocondriaci riconoscono che la propria preoccupazione è esagerata, eppure tale critica non è sufficiente a far sì che essi smettano di preoccuparsi. Apparentemente, dunque, sembra che questi individui credano contemporaneamente di essere malati, ma anche il contrario, ovvero che intrattengano due credenze incompatibili. Se questo fosse vero verrebbe violato il principio di incompatibilità secondo cui non possono esistere nella stessa mente, nello stesso istante, nella stessa rappresentazione mentale due credenze incompatibili (Miceli e Castelfranchi 1995). Tuttavia vi sono diverse ragioni per ritenere che il pensiero ipocondriaco non violi tale principio e che, dunque, le due credenze (essere malati e non esserlo) possano convivere in accordo con esso.

Va, innanzi tutto, considerato che spesso le due credenze apparentemente incompatibili non sono compresenti nello stesso momento, ma si alternano, ovvero consistono in due ipotesi, due punti di vista, uno sfavorevole l'altro favorevole, tra cui il soggetto oscilla. Il paziente per la maggior parte del tempo ritiene o teme fortemente di essere malato, ma in altri momenti, sia pure per poco, si rassicura. Le due credenze in questione, dunque, non violano il principio di incompatibilità ma semplicemente si alternano attraverso un processo di inversione della credenza ("prima credevo di essere malato, ora spero di essermi sbagliato"). C'è però a questo punto da chiedersi cosa determini tale inversione e perché

il soggetto non giunga a risolvere una volta per tutte tale alternanza continua. Le ragioni che determinano l'inversione possono essere tante: ad esempio, una spiegazione medica convincente ed esauriente può temporaneamente favorire il passaggio da un'interpretazione minacciosa di una sensazione corporea ad una rassicurante. Viceversa, la comparsa di una nuova sensazione corporea, la notizia che un conoscente si è gravemente ammalato, l'apprendere del diffondersi di una nuova malattia dai mezzi di informazione o qualsiasi altro evento analogo possono facilmente portare nuovamente a considerare l'ipotesi negativa.

Anche altri fattori, non direttamente legati a contenuti relativi alla salute, possono favorire l'alternanza tra le due credenze. In generale, qualunque evento aumenti o diminuisca il senso della propria debolezza, incidendo sulla rappresentazione individuale dei propri poteri interni (ad esempio, un successo o un insuccesso lavorativo) e della disponibilità di aiuto esterno (ad esempio, la vicinanza di figure affettive significative o viceversa il distacco da esse), intensificherà o viceversa attenuerà la percezione globale di minaccia favorendo l'oscillazione tra ipotesi negative e positive.

A ben guardare non è solo l'inversione della credenza a spiegare l'apparente compresenza di credenze incompatibili.

In molti casi il soggetto ipocondriaco non si limita a oscillare tra ipotesi di segno opposto, ma effettivamente critica il fatto stesso di preoccuparsi. Tale dato (la critica simultanea della propria preoccupazione) sembra sfidare in modo ancora più duro il principio di incompatibilità delle credenze, ma in realtà così non è. L'ipocondriaco, infatti, più che contraddire l'ipotesi di essere malato nel momento stesso in cui l'afferma, critica il proprio atteggiamento preoccupato (indice per lui, come già detto, di debolezza e causa di ulteriore indebolimento). In altri termini, la preoccupazione e la critica del fatto di essere preoccupato, pur essendo simultanee, sono però su piani tematici distinti e del tutto compatibili: uno è quello dell'ipotesi di essere malato (che non viene messa in discussione), l'altro è quello dell'ipotesi di essere caratterialmente debole (che viene avallata dal fatto di scoprirsi preoccupato e ansioso).

In altri casi ancora, il soggetto sembra in effetti contraddire la credenza di essere malato nel momento stesso in cui l'afferma. Sono i casi in cui la critica prende forma in espressioni del tipo "è assurdo credere di essere malati... Perché devo credere di avere una grave malattia"!? Anche in questi casi sembra dunque violato il principio di incompatibilità delle credenze, ma così non è visto che l'ipocondriaco, più che entrare realmente nel merito della credenza ipocondriaca e valutarne accuratamente la fondatezza attraverso un'analisi delle prove a favore e contro, critica il fatto di intrattenere una credenza che vorrebbe tanto non avere, non analizza la credenza, esprime una valutazione globalmente negativa del fatto di avere quella convinzione per tutte le implicazioni negative che es-

sa ha, pur continuando a ritenere attendibile il suo contenuto.

Perché, alla luce di quanto detto sull'inversione della credenza e sulla critica che rivolge al fatto di preoccuparsi ed intrattenere credenze ansio-gene, il paziente ipocondriaco non giunge a risolvere ed integrare l'alternanza tra credenze negative e credenze rassicuranti? Perché non riesce ad abbandonare le credenze ipocondriache pur valutandole negativamente? La risposta probabilmente sta nel fatto che il paziente non accetta di poter essere malato e debole. Talvolta si prescrive, si impone l'abbandono o il cambiamento della credenza ipocondriaca, ma non esercita una analisi critica della stessa, non entra nel merito delle prove a favore e contro di essa e della credenza inversa. Entrare realmente nel merito delle ipotesi ipocondriache comporterebbe, infatti, il rischio che a prevalere sia l'ipotesi temuta, ma l'ipocondriaco non accetta tale eventualità, per cui evita tale rischio.

Abbandonare le preoccupazioni ipocondriache, abbassare la guardia rispetto a esse, comporta necessariamente l'accettazione di un certo grado di rischio e un certo grado di ansia; l'ipocondriaco invece persegue l'azzeramento totale del rischio di malattia e dell'ansia.

4. Il trattamento: considerazioni generali

Come detto nei paragrafi precedenti, il soggetto ipocondriaco è intrappolato in una spirale viziosa che non solo rende vani i tentativi di rassicurazione e le valutazioni critiche che esso rivolge alla propria condizione, ma, in più, si nutre di tali tentativi e valutazioni. I tentativi di rassicurazione autonomi (autoesami, ricerche di informazioni su internet ecc.) ed eteronomi (pareri continui chiesti ai familiari, visite mediche, esami specialistici ecc.) solitamente non funzionano o funzionano solo temporaneamente e soprattutto in molti casi inaspriscono i timori ipocondriaci (un'espressione incerta del medico farà sorgere nuovi dubbi, un valore ematico anomalo rafforzerà la convinzione di essere gravemente malati, ecc.). Allo stesso modo, le valutazioni critiche che il paziente rivolge alle proprie preoccupazioni da un lato, non entrando in modo analitico nel merito di esse, non le eliminano, dall'altro le alimentano rafforzando la convinzione di essere persona esageratamente ansiosa, dunque caratterialmente debole, dunque ulteriormente indebolita dalla propria ansia, dunque più esposta degli altri alle malattie, dunque bisognosa in modo particolare di rassicurazioni che riducano l'ansia e azzerino il rischio di malattia.

L'intervento psicoterapeutico dovrà perciò avere tra i suoi obiettivi principali quello di individuare e interrompere le spirali viziose dell'ipocondria. Per ottenere questo il paziente dovrà essere aiutato ad abbassare la guardia, a non difendersi ad oltranza dai propri timori e per-

ché questo avvenga il terapeuta potrà seguire due direzioni fondamentali: 1) quella del cambiamento delle credenze ipocondriache, 2) quella della accettazione del rischio di malattia e di debolezza. La prima potrà puntare a ridurre la gravità, la probabilità e l'imminenza percepite della minaccia, oltre che rafforzare l'idea di avere risorse interne ed esterne sufficienti (o perlomeno superiori a quanto ritenuto dal paziente) per fronteggiarla (Beck et al. 1985); la seconda sarà indirizzata a considerare l'inevitabilità ed impossibilità di eliminare definitivamente la minaccia ("è davvero umanamente possibile azzerare il rischio di malattia"?), i costi e gli svantaggi dei continui tentativi di eliminare la minaccia ("che prezzo e quali conseguenze indesiderate comporta investire gran parte del proprio tempo e delle proprie energie nel cercare di azzerare i rischi"?), ed infine, la legittimità di sospendere i propri atteggiamenti e comportamenti protettivi e accettare una quota ragionevole di minaccia ("si ha il diritto di abbassare la guardia rispetto alla propria salute in misura ragionevole senza per questo diventare degli irresponsabili"?), (Mancini e Barcaccia 2004, Mancini 2005, Mancini e Gragnani 2005).

Nei paragrafi che seguono proporremo alcune considerazioni relative alla relazione con il paziente,osterremo l'importanza di una buona formulazione condivisa del problema ed infine descriveremo alcune tecniche e strategie terapeutiche atte a percorrere le due direzioni di cambiamento sopra descritte (ovvero: cambiamento delle credenze ipocondriache e accettazione del rischio di malattia e di debolezza).

4.1 Difficoltà nell'interazione terapeutica con il paziente ipocondriaco

Prima di considerare gli aspetti strettamente tecnici dell'intervento, ci soffermeremo su alcune indicazioni generali relative al rapporto terapeutico con il paziente ipocondriaco.

-Il paziente ipocondriaco ha spesso aspettative negative verso le professioni sanitarie dovute ad esperienze passate non buone (Wells 1997). Lo psicoterapeuta dovrebbe perciò sin da subito sapere che la costruzione di una solida alleanza terapeutica non sarà semplice e che andrà faticosamente conquistata attraverso la condivisione di una spiegazione psicologica convincente del disturbo.

-Non di rado il paziente è abituato ad essere considerato dalle persone a lui vicine come una sorta di 'malato immaginario'. Dopo anni di disturbo, i sintomi lamentati e le preoccupazioni per la propria salute vengono spesso visti dagli altri come esagerazioni, tentativi di attrarre l'attenzione, pure invenzioni ecc. e questo il paziente potrebbe aspettarsi anche dal terapeuta. Potrebbe addirittura aspettarsi che la psicoterapia abbia lo scopo principale di dimostrargli che i suoi sintomi non esistono, sono immagi-

nari. Naturalmente, visto che invece il paziente si confronta quotidianamente con sensazioni somatiche e alterazioni funzionali concrete, reali, talvolta dolorose, il terapeuta dovrà essere particolarmente attento a non sminuire ed anzi a sottolineare la concretezza dei sintomi lamentati. È perciò importante che il terapeuta sia sinceramente convinto e consapevole che i dolori, le sensazioni, i sintomi di cui parla il paziente esistono realmente, che dunque il problema psicologico non sta nel fatto che il paziente si lamenti di malanni che non esistono, ma piuttosto che interpreti tali sintomi (ad esempio, cefalee, spasmi muscolari, tachicardie, iperidrosi, insonnia, problemi gastrointestinali, ecc.) unicamente come segni di gravi patologie mediche (APA 2000). Una parte importante del lavoro terapeutico dovrà in definitiva consistere, da un lato, nel riconoscere la realtà dei sintomi lamentati dal paziente, dall'altro nel sostituire la spiegazione in termini patologici degli stessi con spiegazioni alternative e principalmente psicologiche (Salkovskis 1989, Salkovskis e Bass 1997, Salkovskis e Warwick 1986, Salkovskis et al. 2003, Warwick e Salkovskis 1985, Warwick e Salkovskis 1990).

-Vista la natura delle preoccupazioni ipocondriache e la particolare sensibilità per contenuti riguardanti la salute ed il corpo, è molto probabile che anche durante la psicoterapia il paziente tenda a parlare prevalentemente di malattie, accertamenti medici, cause organiche piuttosto che di stati mentali, valutazioni, emozioni, rendendo particolarmente ardua al terapeuta la conduzione del colloquio e la costruzione condivisa di un modello psicologico del disturbo. Il terapeuta pur rispettando e legittimando tale attitudine del paziente, dovrà evitare di seguirlo su questo piano, riportandolo continuamente su un livello psicologico di osservazione e spiegazione dei fenomeni, con domande o interventi che mettano in luce la relazione tra stati mentali e stati somatici (quali, ad esempio: "quando si è accorto dell'aumento del ritmo cardiaco che pensieri stava facendo"? o "ha notato che dopo essersi rassicurato sono passati anche quei terribili mal di testa"?). Sarà opportuno che il terapeuta non veda in questa attitudine del paziente un ostacolo fastidioso alla terapia, ma piuttosto una sua difficoltà specifica che richiederà un lavoro continuo lungo tutta la durata del trattamento.

-Consideriamo ora un'altra ragione che può incidere negativamente sulla motivazione alla psicoterapia e rendere ardua la costruzione dell'alleanza terapeutica. Il paziente ipocondriaco, come abbiamo già detto, potrebbe avere una generica diffidenza verso le figure sanitarie o temere di essere trattato da matto, visionario o mentitore e, in ogni caso, gli verrà più naturale parlare di argomenti strettamente medici piuttosto che psicologici, ma, in più, potrebbe considerare la psicoterapia una pericolosa distrazione dai suoi problemi di salute. In altri termini, considerare spiegazioni psicologiche dei sintomi e delle sensazioni che lo preoccupano, potrebbe essere visto come un prematuro ed irresponsabile ab-

bassamento del livello di guardia. A segnalare questo timore possono essere pensieri o espressioni quali “io sono qui a parlare di ansia e magari c’è un tumore che mi sta divorando lo stomaco e perdo tempo prezioso per l’intervento” o “certo, i miei sintomi potrebbero derivare dall’ansia, è plausibile, ma non rischiamo di prendere una cantonata? Tante volte si dice che è colpa dello stress, si sottovalutano i sintomi e poi, quando ormai è troppo tardi, si scopre di essere gravemente malati”. Tali considerazioni del paziente, benché esageratamente pessimistiche ed iperprudenziali, non sono in senso stretto irrazionali e possono far sorgere nel terapeuta dubbi di natura etica e legale, oltre che tecnica. Il terapeuta potrebbe sentirsi chiamato ad assumersi la responsabilità dello stato di salute del paziente, spaventarsi ed iniziare a dubitare egli stesso dell’utilità della terapia o assecondare il proposito del paziente di sottoporsi all’ennesimo accertamento medico o provare rabbia perché messo in difficoltà dalle sue continue obiezioni. Per prevenire tali eventualità è importante che il terapeuta sia consapevole che egli non può e non deve in alcun caso garantire con certezza assoluta al paziente che i suoi sintomi sono innocui e di natura esclusivamente psicogena. Il suo compito deve piuttosto consistere nell’aiutare il paziente, se questi è d’accordo, ad esplorare *anche* questa ipotesi che di solito non considera (ovvero, che i sintomi possano derivare da meccanismi psicologici) e a contemplare l’utilità e la legittimità di abbassare la guardia rispetto ai rischi di malattia. Un esempio di risposta ai timori del paziente può essere il seguente: “negli ultimi anni lei ha fatto molti controlli medici, ha consultato gli specialisti più bravi, nessuno ha riscontrato gravi patologie organiche e le è stato detto che il suo problema è probabilmente di natura psicologica. Lei è molto preoccupato, teme che i medici possano essersi sbagliati, che parlare con uno psicoterapeuta le farà perdere tempo prezioso, ma forse può essere utile considerare insieme questa opportunità. Se vorrà io potrò aiutarla a vedere come certi pensieri, certi timori, certi stati emotivi ed alcuni comportamenti possano in vario modo determinare sintomi somatici molto simili a quelli che lei ha e che la spaventano tanto. Non potrò aiutarla ad eliminare qualsiasi rischio o paura delle malattie, ma insieme potremo trovare il modo di riuscire a comprendere meglio la natura delle sue preoccupazioni relative alla salute e ad affrontarle con maggiore serenità”.

-C’è infine almeno un’ultima trappola in cui terapeuta e paziente possono trovarsi impigliati: quella delle richieste di rassicurazione. Il soggetto ipocondriaco, come tutte le persone preoccupate per qualcosa di grave, cerca una soluzione ai propri dubbi: reperisce informazioni sulla malattia di cui teme di essere affetto, controlla visivamente e con il tatto la parte del corpo sofferente, fa degli sforzi o altri tipi di test per mettere alla prova il funzionamento di un certo organo, rimugina sul da farsi e, infine, chiede pareri e rassicurazioni a familiari, conoscenti e medici. Chi

viene interpellato, a propria volta, può reagire in molti modi diversi ma nella maggior parte dei casi, almeno inizialmente, prova a rassicurare il paziente, a fargli notare che non c'è nulla di cui preoccuparsi (Saliani et al. 2008, Saliani e Barcaccia 2009, Saliani et al. in stampa). Solitamente in questi casi la rassicurazione, anche quando molto accurata, non funziona – o funziona per breve tempo- determinando non di rado un inasprimento della stessa preoccupazione (ad esempio, perché “il medico non sembrava del tutto convinto e quindi forse c'è qualcosa di brutto che non ha voluto dirmi”), una reiterazione delle richieste di rassicurazione e un passaggio ad un tipo di comunicazione caratterizzato da dispute dialettiche ed espressioni di biasimo (id.). I tentativi di rassicurazione, così intesi, sono pertanto infruttuosi e sconsigliabili e possono essere considerati tra i fattori più potenti di mantenimento del disturbo.

Anche il terapeuta nel corso del trattamento si sentirà spesso chiamato a rispondere alle richieste di rassicurazione fatte dal paziente talvolta in modo esplicito (“secondo lei è normale che io abbia queste continue fascicolazioni ai muscoli delle gambe?”), talvolta più indiretto (“sa, questa mattina faccio fatica a concentrarmi. Sento pulsare proprio qui, sopra la tempia sinistra. Mi da il tormento. Speriamo non sia niente di grave...”). È bene che in questi casi il terapeuta trovi il modo, senza svalutare il paziente, di non cedere alla sua richiesta con risposte che chiariscano l'intenzione di non dare rassicurazioni e le ragioni di tale intenzione (id.). Un esempio di risposta potrebbe essere il seguente: “non so, onestamente, se le sue fascicolazioni siano un sintomo grave o un segno del tutto fisiologico; mi sembra però evidente che lei ne è molto preoccupato. Ora, il rischio è che provando a cercare con insistenza una soluzione alla sua preoccupazione questa possa aumentare, facendo fisiologicamente aumentare anche i suoi livelli di ansia, la quale, a sua volta, in modo del tutto naturale, farebbe aumentare anche la sua tensione muscolare. Aumentando la tensione muscolare è facile che aumentino, o di certo non diminuiscono, spasmi, tremori, piccole contratture, tutti effetti che purtroppo intensificherebbero ulteriormente i suoi timori. Per questo, potrebbe essere opportuno provare per qualche giorno a non occuparsi delle sue fascicolazioni, correre il rischio di non risolvere subito i suoi dubbi e vedere cosa accade. Mi rendo conto che non è facile decidere di sospendere qualsiasi controllo quando si è molto preoccupati, ma per le ragioni che le ho appena esposto, forse può valere la pena provare. Cosa ne pensa?”

In altri casi la richiesta di rassicurazione può essere utilizzata dal terapeuta come occasione per suggerire al paziente, nel *qui e ora* della seduta, di eseguire un esperimento comportamentale teso a mettere in evidenza le relazioni tra i suoi stati mentali, i suoi comportamenti protettivi e i suoi sintomi. L'interazione terapeuta-paziente potrebbe essere, a titolo di esempio, di questo tipo:

P: “Sa, questa mattina faccio fatica a concentrarmi. Sento pulsare pro-

prio qui, poco sopra la tempia. Mi da il tormento. Spero non sia niente di grave...”

T: “Certo, le cause di queste pulsazioni possono essere tante e lei è preoccupato che possano dipendere da qualcosa di grave. Purtroppo non sono in grado di eliminare ogni suo dubbio a riguardo, però, come psicoterapeuta, posso aiutarla a vedere in che modo pensieri, emozioni e comportamenti possono interagire tra loro ed influenzare anche taluni stati somatici e come questi, a loro volta, possano divenire oggetto di nuove valutazioni, emozioni... ecc. Ma forse riesco ad essere più chiaro con un esempio”.

P: “Sì, forse è meglio, la ringrazio”.

T: “Bene. In questo momento, in che misura è convinto che le pulsazioni alla tempia siano dovute ad una grave patologia? Diciamo, in una scala da 0 a 100”?

P: “Uhhh, be’, per ora è solo un dubbio, che però non mi fa stare tranquillo ... Non so, diciamo che sono convinto al 20, massimo 30% che si tratti di qualcosa di molto grave”.

T: “0”?

P: “Sì, 30 ”.

T: “Bene. Ora potrebbe chiudere gli occhi, gentilmente”?

P: “Perché? Dovrà ipnotizzarmi”?

T: “No, nulla del genere. Vorrei solo proporle un piccolo esperimento del tutto innocuo e perché funzioni è necessario che lei resti sveglio. Gli occhi chiusi l’aiuteranno semplicemente a concentrarsi meglio”.

P: “Ok”.

T: “Bene. Vorrei che lei ora si concentrasse sulle pulsazioni che sente alla testa. Localizzi il punto esatto in cui le avverte” .

P: “Sì, ce l’ho ben presente ”.

T: “Bene. Secondo lei, da che cosa potrebbe essere causata questa pulsazione”?

P: “Non so. Il pensiero che mi preoccupa di più è che ci sia un tumore alla testa”.

T: “Ora provi ad immaginare come possa essere fatto questo tumore: il punto della sua testa in cui può essersi sviluppato... le sue dimensioni... la forma, se regolare, irregolare, se tondeggiante o allungata... la sua superficie, se rugosa o liscia... la sua consistenza, se elastica o meno... il sangue, gli altri liquidi organici sul tessuto malato... il suo colore... Se può esserle utile, si aiuti esplorando, tastando la parte che sente pulsare... Continui fino a quando non ha una immagine vivida del tumore”.

T: “Bene, ora continuando a tenere gli occhi chiusi e ad esplorare la parte dolorante con le dita, mi descriva esattamente quello che sta immaginando”.

Il paziente fornisce una descrizione dettagliata del tumore

T: “Bene, può dirmi ora quanto ritiene probabile che quelle pulsazioni

dolorose siano il sintomo di un tumore cerebrale”?

P: “È una percentuale alta, almeno del 60%. Sono molto preoccupato. Anche il dolore è più intenso e martellante. Non mi sento affatto rassicurato da questo esperimento”.

T: “Ecco, forse siamo vicini a qualcosa di molto simile a ciò che le accade quotidianamente. Apra pure gli occhi”.

P: “Cosa vuole dire esattamente”?

T: “Ha notato che la sua stima della probabilità di avere un tumore si è praticamente raddoppiata “?

P: “Sì, è vero”.

T: “Perché, secondo lei”?

P: “Forse la prima volta sono stato un po' superficiale”.

T: “Sì, è un'ipotesi, ma lei non sembra una persona che da giudizi superficiali sulla propria salute. Provi a considerarne altre”.

P: “Be', concentrandomi sulla tempia, il dolore si è fatto più intenso... Poi, pensandoci a lungo, mi è sembrato di aver capito esattamente dove deve essersi sviluppato il tumore”.

T: “Mi sta dicendo che pensarci in modo scrupoloso e prolungato ha rafforzato la sua convinzione di essere gravemente malato”?

P: “Sì, esattamente”.

T: “Questo cosa le fa pensare”?

P: “Che il dolore e le pulsazioni sono in effetti aumentati e mi sono molto spaventato, ma che non posso essermi aggravato nel giro di pochi minuti. Deve essere intervenuto qualche altro fattore... Forse mi sono autosuggestionato... Non so. Secondo lei, perché”?

T: “Vede, la mente degli esseri umani usa una serie di regole che funzionano in modo del tutto inconsapevole ed automatico. Una di queste si chiama *euristica della rappresentabilità*. Quando possiamo rappresentarci in modo vivido ed emotivamente pregnante un qualsiasi evento, automaticamente tendiamo a ritenere più probabile il verificarsi di quell'evento. Probabilmente quando lei ha immaginato il tumore, lo ha fatto così bene che, per l'euristica della rappresentabilità, lo ha iniziato a stimare anche più realistico e probabile”.

P: “Sì, può essere... è incredibile. Però questo meccanismo non spiega l'aumento del dolore. Io lo sento davvero. Glielo garantisco, non me lo sono immaginato”.

T: “Certo, è molto probabile che sia effettivamente aumentato. Vede, il semplice fatto di portare la nostra attenzione su una parte del corpo può amplificare la nostra sensibilità di quella parte. Avvertiamo in modo più intenso ciò che prima era solo sottosoglia. Ma non basta. Tastare continuamente una parte del corpo per esaminarla a fondo può procurare dolore, arrossare la pelle, causare piccoli ed impercettibili traumi. Inoltre, l'emozione di paura derivata dall'immagine del tumore ha probabilmente determinato un aumento del ritmo del battito cardiaco e della pressio-

ne sanguigna e dunque delle pulsazioni dovute ad essi. È un meccanismo del tutto fisiologico, ma che può contribuire a rafforzare le sensazioni somatiche che ci hanno spaventato”.

P: “Sì, è possibile. Non ci avevo mai pensato. Qualcosa del genere deve essermi successa anche altre volte perché spesso penso a lungo alle varie parti del corpo dove potrei scoprire per tempo di avere un tumore e spesso mi controllo anche con le mani. A volte tasto la parte che mi fa male per ore. Certo questa cosa non mi tranquillizza del tutto, ma mi da un'altra chiave di lettura dei miei continui dolori. Devo ricordarmene”.

T: “Sì, potrebbe essere utile”.

4.2 *La concettualizzazione del problema*

Un momento fondamentale della psicoterapia riguarderà quello della concettualizzazione del disturbo e della sua condivisione con il paziente. Una buona concettualizzazione nella fase iniziale del trattamento aumenterà la motivazione a considerare gli aspetti psicologici del problema, favorirà l'instaurarsi dell'alleanza terapeutica e rappresenterà la mappa condivisa per gli interventi futuri. In questo compito potrà essere utile far riferimento ai modelli cognitivi del disturbo presenti in letteratura. Essi solitamente vengono rappresentati in forma di diagrammi di flusso in cui le frecce di collegamento indicano il rapporto che intercorre tra i diversi elementi del sistema. Qui faremo riferimento al modello proposto da Salkovskis et al. 2003, uno dei più utilizzati nelle terapie cognitivo-comportamentali dell'ipocondria. Lo riportiamo in **figura 1**.

Secondo il modello, nel caso del soggetto ipocondriaco, uno stimolo (ad esempio un mal di testa) viene interpretato in termini di minaccia per la propria salute (freccia: stimolo → interpretazione), minaccia che sarà tanto più intensa quanto più sarà percepita come altamente probabile, soggettivamente grave, con scarsa disponibilità di risorse interne e di soccorso esterno per essere fronteggiata adeguatamente. A sua volta, l'interpretazione minacciosa determinerà un assetto cognitivo tale da favorire la ricerca di ulteriori stimoli che rafforzeranno l'idea di minaccia (freccia di ritorno: interpretazione → stimoli). L'interpretazione negativa determina anche emozioni di ansia e depressione (freccia: interpretazione → ansia, depressione) che, una volta avvertite ed interpretate dal soggetto, rafforzeranno un'idea di sé nei termini di persona debole ed esposta alle malattie (freccia di ritorno: ansia e depressione → interpretazione), anche attraverso meccanismi di *affect as information* (“se mi sento così preoccupato probabilmente deve esserci qualcosa di serio”). L'interpretazione iniziale produrrà anche reazioni fisiologiche (freccia: interpretazione → reazioni fisiologiche) connesse alle emozioni in gioco (ad es. tachicardia, alterazioni del sonno, stanchezza muscolare, ecc.) che, a loro

volta, forniranno nuovi dati interpretabili in termini di minaccia alla salute (freccia di ritorno: reazioni fisiologiche → interpretazione). Infine, l'interpretazione in termini di minaccia sarà seguita da comportamenti di ricerca di sicurezza quali, ad esempio, evitamenti di luoghi e situazioni considerati pericolosi, continue visite mediche, auto-esami di parti del corpo, richieste di assicurazioni, ecc. (freccia: interpretazione → comportamenti protettivi) che a loro volta, impedendo la disconferma delle credenze ipocondriache attraverso esperienze correttive o rendendo disponibili nuovi dati preoccupanti (ad es. un valore del sangue non nella norma), alimenteranno le interpretazioni in termini di minaccia per la propria salute (freccia di ritorno: comportamenti protettivi → interpretazione di minaccia).

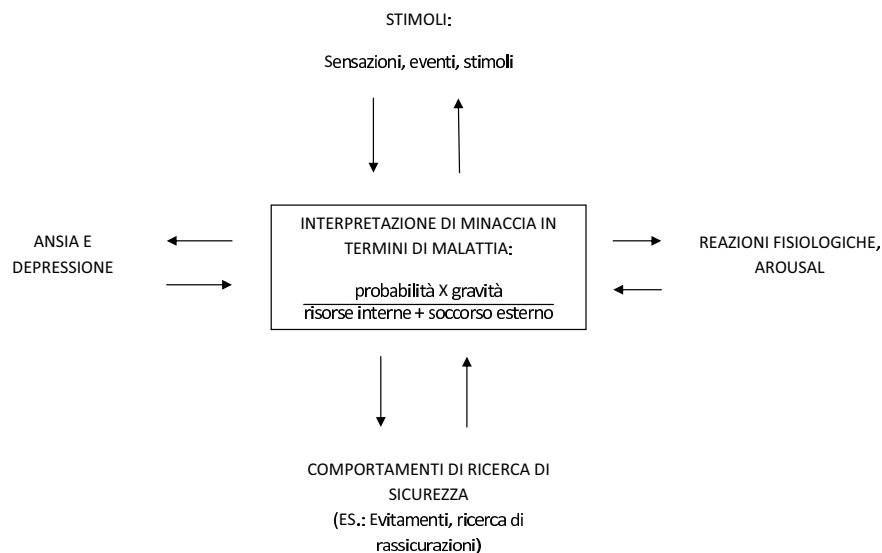


Figura 1. (tratto da Salkovskis et al. 2003)

Ispirandoci a questo modello illustreremo ora l'esempio (**figura 2**) proposto dagli stessi autori (id.) della formulazione di un caso caratterizzato dal timore ipocondriaco di essere affetti da sclerosi multipla:

Nell'esempio clinico riportato, il soggetto, a partire da una reale sensazione di torpore (probabilmente del tutto fisiologica) avvertita alle dita, ha iniziato a temere che questo potesse essere il sintomo di esordio di una grave forma di sclerosi multipla. Questa convinzione lo ha portato a cercare informazioni mediche sulla malattia; ad immaginarsi l'evoluzione

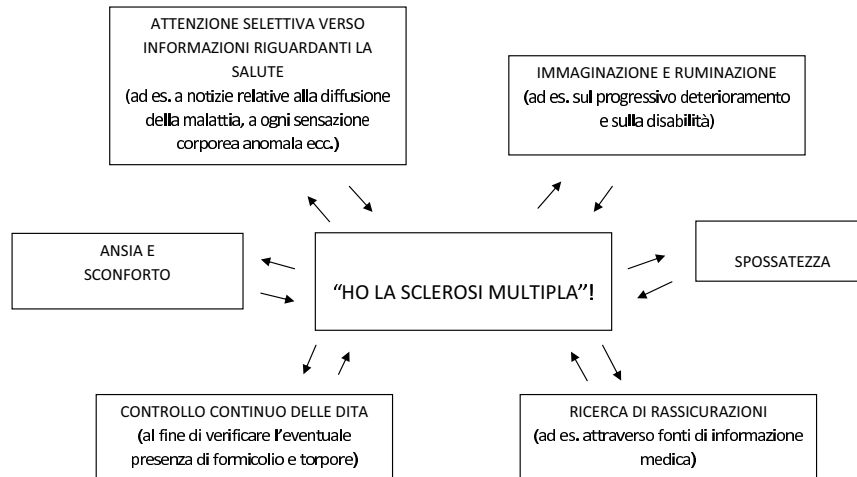


Figura 2. (tratto e modificato da Salkovskis et al. 2003)

della stessa e il deterioramento a cui sarebbe andato incontro; a controllare continuamente la sensibilità della sue dita con pressioni, sollecitazioni, sfioramenti; ha orientato in modo selettivo la sua attenzione ad ogni stimolo, dato, evento (interno o esterno al proprio corpo) coerente con il suo timore; ha determinato ansia, tristezza e, a causa di queste, della scarsa qualità del sonno, dei continui sforzi impiegati nelle ricerche, nei controlli e nelle ruminazioni mentali, anche spossatezza. A loro volta, la ricerca di informazioni gli ha confermato che in effetti il torpore ed i formicolii possono essere tra i sintomi della sclerosi multipla; l'immaginare l'evoluzione e il deterioramento causato dalla malattia ha reso più credibile l'interpretazione negativa (probabilmente per l'intervento delle varie euristiche implicate nel disturbo e descritte paragrafo 1.1.2); il controllo continuo delle dita con pressioni e varie altre sollecitazioni ha finito per provocare reali ulteriori parestesie; l'attenzione selettiva gli ha reso disponibile una lunga serie di eventi e dati ai suoi occhi preoccupanti (ad es. può aver notato tutte le volte che negli ultimi giorni è inciampato o ha perso di mano degli oggetti interpretandole come segno di un cattivo controllo motorio); il percepirsi ansioso e triste potrebbe avergli rafforzato l'idea di essere persona fragile e fatto considerare che questo avrebbe prodotto un cattivo funzionamento del suo sistema immunitario esponendolo maggiormente al rischio di malattia; infine, anche la spossatezza è stata interpretata come segno che confermava l'esordio della malattia.

In sintesi, gran parte degli effetti, prodotti dall'iniziale interpretazione di minaccia ha finito per rafforzarla avviando una vera e propria spirale viziosa di mantenimento ed inasprimento delle preoccupazioni relative alla salute.

4.3 Tecniche di riduzione dei timori ipocondriaci

In questo paragrafo, illustreremo alcune tecniche di terapia cognitiva dirette a modificare la convinzione di essere gravemente malati e a considerare ipotesi alternative. Si tratta in definitiva di tecniche volte a rassicurare il paziente. Sono però opportune, a questo riguardo, alcune precisazioni.

Il paziente ipocondriaco cerca continuamente rassicurazioni e, come abbiamo visto nei paragrafi 4.1 e 4.2, tale ricerca molto spesso finisce per alimentare le spirali viziose in cui esso si trova. La rassicurazione data dal terapeuta deve perciò essere di natura diversa da quella che il paziente chiede ed ottiene nel suo ambiente interpersonale abituale. In particolare, le tecniche non dovranno mai essere usate nel tentativo di eliminare in via definitiva il dubbio e la preoccupazione (se così fosse presto i tentativi di persuasione del terapeuta sarebbero risucchiati nel vortice creato dal bisogno di certezza del paziente), ma piuttosto come occasione per considerare ipotesi alternative ed eventualmente ridurre la probabilità e la gravità del danno temuto dal paziente. In ogni caso, non si potrà prescindere dall'altro obiettivo terapeutico: quello di aiutare il paziente ad accettare una quota ragionevole di rischio di ammalarsi (vedi il prossimo paragrafo).

A titolo esemplificativo, descriveremo ora alcune delle tecniche usate nel trattamento cognitivo dell'ipocondria (Wells 1997, Salkovskis et al. 2003).

Tra le tecniche di modificazione dei timori ipocondriaci rientrano senz'altro gli esperimenti comportamentali tesi ad evidenziare empiricamente gli effetti che attenzione selettiva, pensieri, immaginazione, stati emotivi, evitamenti, comportamenti protettivi e di automonitoraggio producono sui sintomi temuti (per un'esemplificazione clinica vedi il paragrafo 4.1). Rispetto ad altre tecniche, l'esperimento comportamentale ha il vantaggio di fornire in modo concreto ed immediato (riducendo di molto l'uso di spiegazioni ed interventi verbali del terapeuta) l'occasione di formulare un'ipotesi alternativa e più rassicurante dei propri sintomi.

Un'altra tecnica è quella del grafico a torta ed ha lo scopo di mostrare come le spiegazioni del sintomo temuto possono essere molte e meno catastrofiche di quella ipotizzata inizialmente dal soggetto. Terapeuta e paziente, a partire dal sintomo (ad es. un mal di testa), considerano tutte le cause che possono averlo determinato e le loro conseguenze (natural-

mente più se ne trovano e più efficace risulterà la tecnica, ma un elenco di circa cinque cause, compresa quella inizialmente temuta dal paziente, è di solito sufficiente). Scritta la lista, il terapeuta chiede al paziente di assegnare una stima di probabilità a ciascuna causa ipotizzata, avendo cura di specificare che la somma totale delle singole percentuali attribuite alle varie cause non dovrà superare il valore di 100. È inoltre consigliabile chiedere di stimare la probabilità della causa più pessimistica (quella temuta dal paziente) solo dopo aver considerato le altre ipotesi e le altre percentuali, in caso contrario il soggetto sarebbe facilmente portato a sovrastimarla. Una volta assegnate le stime di probabilità a tutte le ipotesi della lista (ad esempio, influenza stagionale: 20%; l'aver dormito poco la notte prima: 20%; l'aver usato a lungo il computer: 15%; tensione accumulata per un problema lavorativo 15%; l'aver bevuto un bicchiere di troppo la sera prima: 10%; tensione dovuta ad una discussione telefonica con il partner avuta prima della seduta: 15%; tumore cerebrale: 5%), il terapeuta chiede al soggetto di disegnare un cerchio e dividerlo in spicchi, la grandezza dei quali dovrà corrispondere alla stima di probabilità prevista dal paziente per ogni singola ipotesi. In definitiva, ogni spicchio rappresenterà una delle possibili spiegazioni del sintomo e sarà tanto grande quanto grande sarà la stima soggettiva della sua probabilità. Il paziente ha così modo di constatare che le spiegazioni del proprio sintomo sono in realtà più numerose e meno catastrofiche di quelle che considera abitualmente e che la probabilità che esso sia causato da una grave malattia è significativamente più bassa di quanto temuto. Infine, il terapeuta invita il paziente a ripetere anche a casa l'esercizio tutte le volte che compare una preoccupazione relativa alla propria salute.

Una tecnica, per alcuni versi, analoga a quella del grafico a torta è la piramide capovolta che può essere usata allo scopo di aiutare il paziente a realizzare come tenda a sovrastimare il rischio di essere affetto da una grave malattia. Il terapeuta chiede al paziente di stimare il rischio che il suo sintomo (ad es. un dolore improvviso) dipenda da una grave malattia. Di solito il rischio è inizialmente considerato molto elevato. Dopo al paziente viene chiesto di fare una stima approssimativa del numero di persone della sua città che quello stesso giorno possano avere un dolore simile (ad es. 2000), quante tra queste avranno ancora lo stesso sintomo al termine della giornata (ad es. 1000), quante il giorno dopo (ad es. 500), quante dopo tre giorni (ad es. 100), quante fra una settimana (ad es. 30), quante tra queste dovrà consultare un medico (ad es. 15), per quante tra queste saranno necessari ulteriori accertamenti (ad es. 8), a quante tra queste verrà diagnosticato qualcosa di grave (ad es. 3), quante tra queste non saranno curate correttamente (ad es. 1)? Al termine, al paziente, sulla base delle stime dal lui fornite, è chiesto nuovamente di calcolare il rischio di andare incontro a gravi conseguenze per la propria salute a causa del proprio sintomo. Anche in questo caso, il terapeuta consiglia al paziente di ri-

petere la tecnica autonomamente tra una seduta e l'altra applicandola a preoccupazioni già note e ad eventuali nuove preoccupazioni.

Come già considerato nel paragrafo 1.2, spesso il soggetto ipocondriaco fa uso del *pensiero magico* alla cui base sembra esserci una regola prudenziale di comportamento. Il paziente può ritenere che dedicare attenzione a temi cruciali come la propria salute, contemplare tutte le ipotesi negative, evitare distrazioni e rischi, possa in modo scaramantico allontanare i pericoli, le 'punizioni' del destino e, viceversa, considerare ipotesi favorevoli, smettere di preoccuparsi possa favorire l'arrivo di sventure. In questi casi può essere utile concordare con il paziente la ricerca sistematica di esempi e contro-esempi che mettano in crisi le credenze magiche ("provi a pensare a circostanze in cui nonostante abbia pensato in modo ottimistico, dopo non è successo niente di grave", "le è mai capitato che nonostante un atteggiamento preoccupato e pessimistico, poi è comunque successo qualcosa di brutto"?). In questo compito potrebbero risultare utili anche degli esperimenti che sfidino il pensiero magico. Ad esempio, ad un paziente convinto che pensare positivamente possa causare delle sciagure si può suggerire di pensare ad un evento negativo che possa essere causato dai pensieri ottimistici e al tempo entro cui esso debba

PROVE CHE IL MIO PROBLEMA...	
<p><i>È una grave malattia cardiaca:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricorrente dolore al petto - Aritmie - Mancanza d'aria - Pressione alta <p><i>Rielaborazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -ci sono molte cause per il dolore al petto: tensione muscolare, eccessivi controlli fisici, controllo del respiro -il ritmo del battito cardiaco ha normalmente delle fluttuazioni -se non sei allenato è facile rimanere senza fiato dopo uno sforzo fisico -la mia pressione è alta quando sono ansioso. Sarebbe pericoloso solo se fosse un incremento cronico. 	<p><i>È causato dal timore di avere una grave malattia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Se mi concentro sui sintomi, questi peggiorano -Quando sono preoccupato, il mio ritmo cardiaco cambia -La rassicurazione riduce o elimina il sintomo -Ho "sforzato" il mio cuore correndo e non è accaduto nulla -Se smetto di controllare il polso e il petto, mi sento meglio -La mia pressione sanguinea è nella norma. È più alta quando sono in ansia

Figura 3. (Tratto da Wells 1997)

verificarsi (periodi di una o due settimane sono ottimali, mentre periodi troppo lunghi rendono complicato l'esperimento). Stabilito questo, si può chiedere al paziente di pensare quotidianamente in modo positivo, di considerare solo ipotesi felici e riscontrare se al termine del tempo concordato l'evento si sia verificato oppure no. Se l'esperimento avrà funzionato il paziente avrà ora un dato concreto in più per modificare le proprie credenze magiche.

Infine, descriviamo la tecnica del duplice modello proposta da Wells (id.). Questa tecnica può favorire la ricerca di una spiegazione alternativa dei sintomi e soprattutto rafforzare la credibilità di una spiegazione psicologica del problema. Il terapeuta chiede al paziente di disegnare una tabella a due colonne (**figura 3**), di cui una intitolata "Prove che il mio problema consiste in una grave malattia medica", l'altra "Prove che il mio problema deriva dalla *timore* di avere una grave malattia". Il compito può essere iniziato in seduta e completato nel corso di tutto il trattamento, man a mano che il paziente accumula dati a favore dell'una o dell'altra tesi ed è opportuno che alla colonna delle prove a favore dell'ipotesi di malattia venga in seguito aggiunta una rielaborazione critica delle stesse.

4.4 *L'accettazione della minaccia*

Per le ragioni considerate nella prima parte del capitolo e nel paragrafo introduttivo del trattamento è importante che la terapia dell'ipochondria contempli un altro obiettivo, oltre quello del cambiamento delle credenze di essere malato: ovvero quello di aiutare il paziente ad accettare il rischio di malattia e di debolezza.

Le direzioni da seguire per giungere a questo obiettivo sono essenzialmente tre (Mancini e Barcaccia 2004, Mancini e Gragnani 2005):

- aiutare il paziente a considerare la difficoltà e in molti casi l'impossibilità di ridurre la minaccia;
- aiutare il paziente a considerare i costi, gli svantaggi dell'attività di contrasto della minaccia;
- aiutare il paziente a considerare la legittimità della sospensione dell'attività di protezione ad oltranza dalla minaccia.

Se si riesce in una o più di queste direzioni è lecito aspettarsi un minore investimento contro la minaccia, un cambiamento nell'orientamento cognitivo del soggetto (più aperto alle ipotesi di sicurezza) e un ridimensionamento della percezione di pericolo, con conseguente indebolimento delle spirali viziose.

Proporranno ora alcune delle strategie per percorrere queste tre strade con il paziente.

La prima: l'impossibilità di eliminare la minaccia.

Vi sono almeno due modi per raggiungere tale obiettivo. Il primo ben

si adatta a quei casi in cui i tentativi di controllare la minaccia paradossalmente aumentano la percezione della stessa. Abbiamo già visto come spesso i tentativi degli ipocondriaci di prevenire o scoprire per tempo la malattia possono consistere in auto-esami, palpazioni, pressioni, sforzi ripetuti che finiscono per irritare, sensibilizzare o addirittura traumatizzare la parte del corpo esaminata. In questi casi non sarà difficile far notare al paziente (ad esempio, con l'aiuto di un piccolo esperimento comportamentale) che i suoi tentativi di rassicurazione non solo non riescono quasi mai nell'intento di eliminare il dubbio, ma addirittura spesso finiscono per aumentare la percezione di minaccia.

Un secondo modo per evidenziare l'inutilità dei continui tentativi di eliminare la minaccia può consistere in una sorta di *reductio ad absurdum* (Mosticoni 1984). Dopo che il paziente ha preso una precauzione o considera di prenderne altre gli si può chiedere di ragionare sulla attendibilità del risultato raggiunto e di quello che potrebbe raggiungere ("Tutti i controlli medici che ha fatto finora hanno eliminato i suoi dubbi? Ne è proprio sicuro? E se anche facesse questi ulteriori accertamenti, è davvero sicuro che sarebbero sufficienti ad eliminare ogni rischio?").

La seconda: gli svantaggi dei tentativi di eliminazione della minaccia.

La prudenza, i comportamenti protettivi, la ricerca ad oltranza di sicurezza hanno sempre un costo (ad esempio, continue spese mediche, qualità della vita scadente, compromissione della vita affettiva, lavorativa, ecc.), i pazienti spesso se ne rendono conto, ma anche in questi casi non riescono ad agire di conseguenza abbassando la guardia. In molti i casi il soggetto non confronta i costi della minaccia con quelli della prudenza, ma può essere aiutato in questo. Supponendo, a titolo di esempio, il caso più frequente in cui la percezione di minaccia e la conseguente attività prudenziale siano ego-distoniche, cioè si riscontri ciò che in terapia cognitiva è chiamato *problema secondario* (ad esempio, il soggetto critica il fatto di preoccuparsi continuamente per la propria salute), si può proporre al paziente la tecnica delle due sedie (Perls et al. 1971, Mancini e Gragnani 2005). Quando sarà seduto sulla prima dovrà elencare tutti i costi della riduzione della ricerca di sicurezza e dunque i benefici della prudenza e quando è seduto sulla seconda sedia, viceversa, tutti i costi della prudenza e i benefici di una eventuale riduzione della ricerca di sicurezza. Dopo gli si potrà chiedere di far discutere le due posizioni così rappresentate al fine di aiutarlo a compiere una integrazione fra le due serie di costi e benefici. Sarà importante invitare il paziente a ripetere la procedura nei momenti cruciali (dunque, non solo durante le sedute) in cui si confronta con la minaccia da lui temuta. L'obiettivo della tecnica è l'addestramento a tener presenti i costi (spesso elevati) della ricerca di sicurezza, laddove normalmente il paziente si sofferma poco su essi o li tiene in debito conto solo se è lontano dalla minaccia.

La terza: la legittimità della riduzione della ricerca di sicurezza.

Non di rado il paziente ipocondriaco, in modo particolare se è presente un problema di tipo ossessivo, ritiene di avere il dovere di non abbassare la guardia. In altri termini, pur quando riesce a considerare i costi e l'inutilità dei propri comportamenti prudenziali, ritiene doveroso metterli in atto ("anche se non servirà e avrà dei costi è mio dovere provare a fare questo ulteriore accertamento"!).

In questi casi è consigliabile aiutare il paziente a considerare che invece, come qualunque altro essere umano, ha il diritto di sospendere la sua continua ricerca di sicurezza. A questo scopo si presta bene la tecnica del doppio standard (van Oppen e Arntz 1994). Questa tecnica consiste nell'aiutare il paziente a riflettere su quanto egli stesso considererebbe colpevoli altre persone, con le quali si identifica, se usassero meno prudenza nell'affrontare minacce analoghe a quelle che egli teme. La tecnica del doppio standard modificato (Mancini 2001, Mancini e Gragnani 2005) considera anche il giudizio che esprimerebbero altre persone.

Si inizia chiedendo al paziente di immaginare di esporsi all'evento temuto e che normalmente cerca di evitare o prevenire. Ad esempio: "prova ad immaginare di rinunciare a questo controllo medico che ritieni tanto importante, quanto ti sentiresti imprudente ed irresponsabile?". Dopo aver appuntato la risposta, si procede con la seconda domanda: "pensa ad una persona che consideri a te vicina, simile a te per età, formazione e che giudichi responsabile e di buon senso; prova ad immaginare che questa, trovandosi nella tua stessa situazione decida di rinunciare al controllo medico. Come la giudicheresti?". In un buon numero di casi il paziente giudica l'altro meno colpevole ed imprudente e ciò crea l'occasione di riflettere sugli argomenti che assolvono e legittimano il comportamento del conoscente. Perché non possono valere anche per il paziente? In seconda battuta, si può chiedere di immaginare tre persone che conoscono sia il paziente sia il conoscente citato precedentemente e considerare il loro giudizio ("come ciascuna di queste tre persone giudicherebbe il tuo conoscente per non aver rinunciato al controllo medico?" e subito dopo "come giudicherebbero te per la stessa cosa?"). Anche il giudizio degli altri è solitamente immaginato più benevolo del proprio e dunque si ripropone la possibilità di notare la differenza di standard tra il modo di valutare il proprio e l'altrui comportamento e tra il proprio modo di giudicarsi e il modo che hanno gli altri di giudicare. Molto spesso se si chiede al paziente di valutarsi dopo queste considerazioni, il suo giudizio appare più benevolo di quello iniziale e gli si può consigliare di ripetere la procedura tutte le volte che si confronta con una preoccupazione e deve decidere se eseguire o no un comportamento di sicurezza.

Dopo aver percorso le tre strade appena descritte (inutilità, costi, non doverosità della ricerca continua di sicurezza) si può proporre al paziente l'applicazione della tecnica di esposizione e prevenzione della risposta,

presentandola come la realizzazione pratica e sistematica della accettazione preparata fino a quel momento.

È importante far notare al paziente che quando è esposto alla minaccia l'ansia sale e che se in quel momento esegue dei comportamenti di ricerca di sicurezza (ad esempio, chiede rassicurazioni ai familiari, prende subito appuntamento con un medico ecc.) è probabile che l'ansia scenda molto rapidamente, ma la volta successiva dovrà confrontarsi con la stessa quota di ansia. Se, al contrario, si espone e non prende provvedimenti allora l'ansia si mantiene, nella peggiore delle ipotesi, per circa un'ora, per poi scendere parallelamente alla riduzione della percezione di pericolo. Nelle esposizioni successive, a parità di altre condizioni, l'ansia salirà ogni volta minore e si estinguerà più rapidamente.

Per quanto riguarda la graduazione della esposizione, è consigliabile discutere di volta in volta con il paziente quale livello di minaccia intende accettare.

4.5 La prevenzione delle ricadute

La comparsa di sintomi di varia natura è esperienza molto frequente nella vita degli esseri umani e, fortunatamente, in un buon numero di casi essa non dipende da gravi patologie dell'organismo. Tuttavia, nel caso di soggetti ipocondriaci, sintomi anche lievi, sensazioni somatiche anomale, notizie ed informazioni relative ad una nuova malattia possono facilmente diventare occasione per nuove preoccupazioni ed esporli a un elevato rischio di ricaduta. Per questo il terapeuta dovrà sempre prevedere una fase del trattamento dedicata alla prevenzione delle ricadute, sdrammatizzandole e preparando il paziente a tale evenienza.

Il piano di prevenzione delle ricadute dovrà consistere, da un lato, nel rivedere e rafforzare ciò che durante il trattamento il paziente ha appreso, con particolare attenzione a ciò che si è dimostrato più efficace, dall'altro nell'addestramento a considerare quali eventi potrebbero provocare la ricaduta, da quali segnali sia possibile riconoscerla precocemente (ad esempio, aumento dell'attenzione su una parte del corpo, aumento del numero di telefonate al medico di famiglia ecc.) e quali strategie utilizzare per fronteggiarla.

Il paziente sarà aiutato a mettere a punto un piano di prevenzione che sia in grado di applicare in autonomia, ma, naturalmente, tra le varie opzioni di gestione delle ricadute, potrà essere contemplata quella di contattare il terapeuta per alcune sedute specificatamente dedicate a risolvere un particolare momento di difficoltà.

È in ogni caso importante considerare che la maggiore o minore probabilità di ricaduta dipenderà in buona parte dalla misura in cui, al termine del trattamento, risulteranno modificati scopi e rappresentazioni di

sé nucleari e strettamente connessi al disturbo (ad esempio, “ho il dovere di prevenire ogni rischio” “non voglio e non devo sentirmi fisicamente e psicologicamente debole”, ecc.). Accanto alle tecniche standard considerate nei paragrafi precedenti è perciò opportuno che venga dedicato ampio spazio alla ricostruzione degli eventi di vita (ad esempio, problemi medici precoci e trattati male, un genitore terrorizzato dalle malattie, ecc.) che hanno determinato la vulnerabilità psicologica allo sviluppo di preoccupazioni patologiche relative alla salute. In questo compito, sarà utile l’uso di tecniche, come ad esempio l’*Imagery with rescripting* (Arntz e Weertman 1999), che favoriscano il recupero mnemonico e la rilettura critica delle esperienze precoci problematiche.

Conclusioni

Nella prima parte di questo capitolo abbiamo provato a rispondere ad una serie di questioni che spesso il clinico, confrontandosi con un caso di ipocondria, è chiamato a porsi. Tali questioni possono essere espresse attraverso le seguenti domande: per quale motivo l’ipocondriaco continua credere, o temere, di essere malato nonostante abbia a sua disposizione tutte le informazioni e le capacità cognitive che giustificano un abbandono di tale credenza? Per quale motivo non accetta la malattia o il rischio di ammalarsi? Perché la critica che talvolta l’ipocondriaco rivolge alle proprie preoccupazioni è inefficace? Ovvero non produce un abbassamento della guardia ed una riduzione dei comportamenti di ricerca di sicurezza?

Per rispondere alla prima delle tre domande abbiamo considerato i fattori strettamente cognitivi, distinguendoli in strutturali (la difficoltà di modificare credenze molto ‘credibili’ e ‘importanti’), funzionali (l’intervento delle euristiche nel rafforzamento di una credenza) e interattivi (le preoccupazioni causano fenomeni, come ad esempio l’incremento dell’attivazione fisiologica, che agli occhi del soggetto confermano il timore ipocondriaco) e motivazionali (i tre scopi coinvolti nel disturbo: non essere malati, non esseri deboli, comportarsi in modo prudente che influenzano i processi cognitivi rafforzando le credenze ipocondriache).

Per rispondere alla seconda domanda abbiamo illustrato le ragioni che rendono difficile l’accettazione delle minacce o del danno (le difficoltà del ragionamento controfattuale, la non attualità del fatto temuto e la particolare attrazione esercitata dalla certezza degli esiti), l’influenza esercitata dai fattori motivazionali sulla non accettazione (il livello di aspettativa, ovvero la prospettiva da cui si valuta il danno da evitare, se come perdita o mancato guadagno; l’indefinitezza dei tre scopi coinvolti; il coefficiente di valore dei tre scopi; il ‘quanto’ della compromissione degli scopi che via via aumenta con il ripetersi degli episodi di ansia per

la salute), le spirali viziose che rafforzano le credenze ipocondriache ed aumentano l'esigenza soggettivamente percepita di tenere alta la guardia.

Infine, per rispondere all'apparente paradosso della terza domanda abbiamo considerato il fenomeno dell'inversione della credenza (il paziente più che intrattenere contemporaneamente credenze incompatibili, oscilla fra ipotesi opposte) e il fatto che il paziente solitamente critica il proprio atteggiamento preoccupato e il fatto di avere convinzioni preoccupanti imponendosi stati mentali diversi, senza però mai entrare realmente ed analiticamente nel merito della credenza negativa per confutarla. Per fare questo dovrebbe infatti accettare anche il rischio che l'ipotesi negativa sia corretta.

Nella seconda parte del capitolo, coerentemente con quanto affermato nella prima, abbiamo indicato come obiettivi terapeutici principali quello di modificare le convinzioni ipocondriache e quello di aiutare il paziente ad accettare il rischio di malattia, al fine di interrompere le spirali viziose del disturbo. Abbiamo, descritto con l'aiuto di qualche esemplificazione clinica, alcune delle difficoltà relazionali che possono presentarsi nella terapia con il paziente ipocondriaco; abbiamo sottolineato l'importanza di una buona formulazione del caso proponendo il modello dell'ipocondria di Salkovskis e descritte alcune delle tecniche standard più usate nella terapia cognitiva del disturbo (esperimenti comportamentali, grafico a torta, piramide capovolta, sfida delle credenze magiche, duplice modello). Abbiamo indicato le tre direzioni principali e le strategie per giungere all'accettazione della minaccia (evidenziare l'inutilità di provare ad azzerare il rischio, i costi di un atteggiamento iper-prudenziale, il diritto di abbassare la guardia rispetto ai propri timori) e infine abbiamo considerato l'importanza di una fase del trattamento dedicata alla prevenzione delle ricadute.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (4th ed. TR ed.). Author, Washington, DC.
- Arntz A. e Weertman A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behavior Research and Therapy* 37, 715-740.
- Beck A.T., Emery G. e Greenberg R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Basic Books, New York.
- Davidson D. (1986). Deception and division. In Elster J. (a cura di) *The multiple self*. Cambridge University Press, Cambridge. Tr. it. *Il sé multiplo*, Feltrinelli, Milano 1990.
- Giroto V. (1994). *Il ragionamento*. Il Mulino, Bologna.
- Giroto V. e Legrenzi P. (1993). Naming the parents of the THOG: mental representation and reasoning. *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 46A, 701-713.
- Guidano V.F. e Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorder*. Guilford, New York.

- Henslin J.M. (1967). Craps and magic. *American Journal of Sociology* 73, 316-330.
- Lorenzini R. (1997). *La triade nascosta*, manoscritto non pubblicato.
- Lorenzini R. e Sassaroli S. (1987). *La paura della paura*. N.I.S., Roma.
- Magri T. (1991). Il dilemma delle teorie filosofiche delle emozioni. In Magri T. e Mancini F. (a cura di) *Emozione e conoscenza*. Editori Riuniti, Roma.
- Mancini F. (1998). La mente ipocondriaca e i suoi paradossi. *Sistemi Intelligenti* X, 85-98.
- Mancini F. (2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia* 22-23, 43-60.
- Mancini F. (2005). Il disturbo ossessivo-compulsivo. In Bara B. (a cura di) *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F. e Barcaccia B. (2004). The Importance of Acceptance in Obsessive-Compulsive Disorder. Presentazione all'Università Ludwig-Maximilians di Monaco di Baviera, 24 giugno 2004.
- Mancini F. e Gragnani A. (2005). L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione. *Cognitivismo clinico* 2, 1, 38-58.
- Miceli M. e Castelfranchi C. (1995). *Le difese della mente*. N.I.S., Roma.
- Mosticoni R. (1984). *La ricerca nevrotica dell'equilibrio*. Bulzoni, Roma.
- Perls F. S., Hefferkine R. e Goodman P. (1971). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* (New Edition). Gestalt Journal Press, New York.
- Piattelli Palmarini M. (1993). *L'illusione di sapere*. Mondadori, Milano.
- Reda M.A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. N.I.S., Roma.
- Saliani A.M. e Barcaccia B. (2009). Interpersonal cycles in the treatment of OCD: empirical data and indications for treatment. 39° Congresso EABCT, 16-19 Settembre 2009, Dubrovnik.
- Saliani A.M., Barcaccia B., Capo R., Cieri L., Cosentino T., Gangemi A., Gragnani A., Perdighe C., Rainone A., Romano G., Mancini F. (2008). The role of interpersonal cycles in the treatment of OCD. Presentazione al 6° Congresso Internazionale di Psicoterapia Cognitiva. 19-22 Giugno 2008, Roma.
- Saliani A.M., Barcaccia B. e Mancini F. (in stampa). Interpersonal vicious cycles in anxiety disorders. In Rimondini M. (a cura di) *Communication in cognitive-behavioral therapy* (titolo provvisorio). Springer, New York.
- Salkovskis P.M. (1996). The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behavior and the special case of health anxiety and obsession. In Salkovskis P.M. (a cura di) *Frontiers of cognitive therapy*, pp. 48-74, Guilford, New York.
- Salkovskis P.M., Warwick H.M.C. & Deale A. C. (2003). Cognitive-behavioral treatment for severe and persistent health anxiety (hypochondriasis). *Brief treatment and crisis intervention* 3, 353-367.
- Salkovskis P. M. (1989). Somatic problems. In K.Hawton, P. M. Salkovskis, J. W. Kirk, & D. M. Clark (Eds) *Cognitive-behavioural approaches to adult psychiatric disorder: A practical guide*. Oxford University Press, Oxford.
- Salkovskis P. M., & Bass C. (1997). Hypochondriasis. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.) *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press, Oxford.
- Salkovskis P.M., & Warwick H. M.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy* 24, 597-602.
- Tversky A. e Kahneman D. (1981). The framing of decision and the rationality of choice. *Science* 211, 453-458.
- Van Oppen P. & Arntz A. (1994). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 32, 79-87.

- Warwick H. M. C., & Salkovskis P. M. (1985). Hypochondriasis. *British Medical Journal* 290, 1028.
- Warwick H. M. C., & Salkovskis P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy* 28, 105-117.
- Wason P.C. (1960). On the failure to eliminate hypotheses in a conceptual task. *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 12, 129-140.
- Wells A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Wiley, New York. Tr. it. *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw-Hill, Milano 1999.