

Ipocondria (o Ansia Connessa allo Stato di Salute)

Anche se, attualmente, i principali manuali diagnostici (per esempio il DSM-IV e il DSM 5) non includono l'ipocondria fra i problemi d'ansia, in realtà questo disturbo, almeno nelle sue manifestazioni cliniche, sembra riferibile proprio a questa categoria. Per questo motivo, l'ipocondria è anche detta Ansia Connessa allo Stato di Salute, termine che, già in sé, descrive bene la natura del problema. L'ipocondria, infatti, è definibile come **uno stato di preoccupazione intenso e invalidante derivato dalla convinzione di stare sviluppando una grave patologia medica**. Tali preoccupazioni possono essere continue o subire oscillazioni nel tempo. Non tutte le persone ipocondriache, infatti, sono costantemente preoccupate per il loro stato di salute. In molte di loro, al contrario, la preoccupazione si attiva in risposta ad un determinato evento, che può "personale" o "ambientale". Un evento "personale", per esempio, può essere la vista di un neo sulla pelle, che scatena la preoccupazione di stare sviluppando un tumore. Un evento "ambientale", invece, può essere l'ascolto di una notizia alla televisione riguardante i sintomi di una determinata patologia, che può innescare la preoccupazione di avere quella stessa patologia.

Nell'ipocondria la preoccupazione per il proprio stato di salute non raggiunge mai il livello di delirio, in quanto la persona, pur essendo molto preoccupata (a volte anche fino ad avere panico) riesce a riconoscere che i propri timori sono eccessivi e possono essere immotivati. Nonostante ciò, anche le rassicurazioni da parte di medici e personale esperto, sebbene possono alleviare momentaneamente le preoccupazioni del paziente, non hanno effetto duraturo.

Un motivo per cui l'ipocondria è considerabile un problema d'ansia risiede nelle caratteristiche che ha in comune con il **Disturbo di Panico**. Negli attacchi di panico, tipicamente, si ha l'insorgenza di sintomi fisiologici (tachicardia, difficoltà respiratorie, tensione muscolare, ecc) che la persona interpreta scorrettamente come segnali di una grave patologia imminente (per esempio un infarto o un ictus). In altre parole, il paziente è convinto che questi sintomi siano segnali di morte imminente. Interpretando scorrettamente la natura e la gravità dei sintomi, egli si agita ancora di più, aumentando così la loro intensità, che a sua volta aumenterà la percezione di stare per avere qualcosa di grave. L'attacco di panico è il termine di tale circolo vizioso. Con alcune differenze, anche nell'ipocondria si assiste a un fenomeno simile: un sintomo fisico (per esempio la comparsa di un neo) viene interpretata come un segnale di grave patologia che porterà alla morte. Cambia, tuttavia, la velocità con cui la "catastrofe" viene anticipata. Nel panico i sintomi sono visti come segnali di una morte **imminente**, nell'ipocondria i sintomi vengono considerati come segnali di una morte che avverrà a lungo termine. Come nel panico, anche nell'ipocondria si assiste a una malinterpretazione di sintomi corporei. Cambia, tuttavia, il tipo di sintomi su cui avviene tale fraintendimento. Nel panico essi sono prevalentemente psicofisiologici (sensazione di impazzire, sensazione di soffocare, tremori, tachicardia, ecc) e tali sintomi sono facilmente aumentati dall'ansia stessa (pensare che la tachicardia sia un segno di un imminente infarto, aumenta la tachicardia stessa). Nell'ipocondria i sintomi rimandano per lo più patologie che riguardano parti

specifiche del corpo (come per esempio la superficie cutanea, la muscolatura, l'ossatura, gli organi interni o esterni). Macchie sulla pelle, per esempio, possono essere interpretate come i sintomi di un cancro, un improvviso bruciore agli occhi può essere considerato l'inizio di una malattia che porterà a cecità, un dolore al basso ventre può essere interpretato come sintomo di una disfunzione che richiederà l'asportazione di un organo, o un trapianto. Al contrario del panico, tuttavia, l'ipocondria di solito non coinvolge sintomi che possono essere aumentati dall'ansia stessa: provare preoccupazione per una macchia sulla pelle non aumenta la grandezza della macchia. Esistono, tuttavia, eccezioni. Nel caso del bruciore all'occhio, per esempio, la focalizzazione sul sintomo può aumentare l'impressione di bruciore, aumentando di conseguenza anche la convinzione che il sintomo sia grave e quindi segnale di una grave malattia.

Una terza differenza fra il disturbo di panico e l'ipocondria, infine, risiede nei comportamenti adottati dai pazienti per far fronte alle proprie preoccupazioni. Le persone che soffrono di attacchi di panico, in genere, utilizzano meccanismi di evitamento (in genere evitano tutte quelle attività collegabili agli attacchi di panico: per esempio evitano di agitarsi, se pensano che agitandosi aumenti il rischio di avere un altro attacco). Le persone ipocondriache, invece, per lo più utilizzano strategie di controllo e la ricerca di rassicurazioni. Per esempio, molti pazienti ipocondriaci fanno molti check-up annuali e visite specialistiche e interrogano medici spiegando loro i propri sintomi e cercando rassicurazioni sulla loro gravità (come già detto, tuttavia, pur ottenendole, essi sono indotti, al successivo episodio ipocondriaco, a preoccuparsi di nuovo e a chiederne altre, e con il tempo le rassicurazioni, anche provenienti da personale qualificato tendono a perdere del tutto l'effetto positivo). Anche in questo caso, tuttavia, esistono eccezioni. Alcuni pazienti ipocondriaci, per esempio, utilizzano l'evitamento come i pazienti panicosi. Per esempio, evitano gli esami medici, evitano i controlli periodici, evitano di guardare parti del proprio corpo per paura di vedere segni o sintomi che potrebbero innescare le preoccupazioni di malattia. Questo tipo di ipocondria è più rara di quella gestita con controlli e ricerca di rassicurazioni e in genere è di più difficile risoluzione.

Il decorso dell'ipocondria, senza adeguato trattamento, viene ritenuto cronico nella maggior parte dei casi, sebbene siano possibili oscillazioni periodiche nella gravità dei sintomi. Nei casi di ipocondria di **tipo cronico**, cioè in quei casi in cui la gravità dei sintomi rimane piuttosto costante nel tempo, il disturbo ha diversi punti di somiglianza con il **Disturbo Ossessivo-Compulsivo**. Nel tipo più comune, invece, cioè quello che prevede **oscillazioni** nella gravità dei sintomi, in genere sono presenti uno o più eventi di vita stressanti nel passato della persona (problemi medici e/o ospedalizzazioni in infanzia o adolescenza, operazioni chirurgiche, ecc) che possono aver innescato la tendenza a preoccuparsi eccessivamente di sintomi corporei e a malinterpretarne la gravità.

Con adeguato trattamento, il disturbo ha buona prognosi, sia a breve sia a lungo termine.