

Ipocondria, ansia per le malattie e disturbo da sintomi somatici

Guida per il clinico e manuale
per chi soffre del disturbo

Presentazione di Paolo Michielin

Daniela Leveni, Marco Lussetti e Daniele Piacentini

GUIDE
PSICOLOGIA

QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA
E COMPORTAMENTALE

Direzione Ezio Sanavio

Erickson

INDICE

9 PRESENTAZIONE

PRIMA PARTE – Guida per il clinico

15 INTRODUZIONE

21 CAPITOLO PRIMO
Sindrome

47 CAPITOLO SECONDO
Trattamento

57 CAPITOLO TERZO
Un modello interpretativo cognitivo dell'ipocondria

77 CAPITOLO QUARTO
Cognizioni e processi cognitivi: dal modello interpretativo cognitivo
al modello interpretativo metacognitivo

93 CAPITOLO QUINTO
Indicazioni pratiche per il clinico

SECONDA PARTE – Manuale per il paziente

125 INTRODUZIONE

127 PRIMA DI INIZIARE: CONSIGLI PER L'USO DEL MANUALE

137 CAPITOLO PRIMO
Che cos'è il disturbo d'ansia per la salute o ipocondria

155 CAPITOLO SECONDO
Il modello cognitivo-comportamentale

177 CAPITOLO TERZO
Perché smettere di preoccuparsi per la propria salute

181 CAPITOLO QUARTO
Valutare la propria ansia per la salute

187 CAPITOLO QUINTO
Affrontare le preoccupazioni su sintomi e malattia
e neutralizzare il primo circolo vizioso

215 CAPITOLO SESTO
Imparare a interrompere i circoli viziosi dell'ansia per la salute

229	CAPITOLO SETTIMO Combattere la preoccupazione alla radice: smettere di «rimuginare» sulle malattie
243	CAPITOLO OTTAVO L'andamento dei progressi
245	CAPITOLO NONO E se l'ansia per la salute non va più via? E se mi sento male di nuovo?
255	CONCLUSIONI
257	BIBLIOGRAFIA
259	APPENDICE Chiedere aiuto in modo efficace

Presentazione

L'ipocondria, o ansia per la salute, è certamente il disturbo emotivo più sottovalutato e trascurato; a fronte del grande numero di persone che ne soffrono, solo una piccola minoranza trova una risposta appropriata ed efficace alla propria sofferenza, che è reale e spesso anche grave, e al bisogno di star bene.

Un recente editoriale del *British Medical Journal* titolava: «Ansia per la salute: l'epidemia silenziosa e invalidante» e un giornale più popolare, il *New Statesman*, riprendeva: «Ansia per la salute – L'epidemia silenziosa che il Sistema Sanitario Nazionale ignora».

In effetti, dal 3 al 10% della popolazione generale soffre di grave ansia per la salute e la quota è ancora più alta tra i pazienti che si rivolgono frequentemente al medico di famiglia; inoltre, la maggior parte delle persone ha sperimentato in qualche momento della vita forti preoccupazioni per la salute, propria o di un familiare, con la conseguente angoscia di soffrire, di diventare disabile o di morire.

Però, quando le persone con ipocondria si rivolgono al medico di famiglia o allo specialista, quasi sempre trovano la risposta esemplificata in questo dialogo.

«Bene, signor Bianchi. L'ho visitata accuratamente la settimana scorsa e ora ho anche il risultato degli esami, che sono tutti normali. Sono contento di poterle dire che lei non ha nessuna malattia in atto e non ha, quindi, bisogno di cure.»

«Ma dottore, i miei sintomi continuano e io non sto meglio di quando sono venuto da lei.»

«Capisco il suo disagio e la sua preoccupazione, ma lei non ha niente che non funziona, né da un punto di vista cardiaco, respiratorio e gastrointestinale, né da un punto di vista endocrinologico. Lei è in salute, probabilmente è solo un periodo di particolare stress e di affaticamento. Arrivederci.»

In altre parole, la persona con ipocondria non riceve la necessaria attenzione e non viene curata perché da un punto di vista fisico non c'è niente da curare, e non si pensa che il malessere fisico possa avere un'origine psicologica. Di solito è proprio, e per prima, la persona interessata che esclude una possibile causa psicologica, sia perché convinta che le sensazioni fisiche che prova debbano avere una causa organica sia per il perdurante pregiudizio nei confronti dei disturbi psicologici e psichiatrici.

Ma l'attenzione alle cause psicologiche e l'offerta di una cura adeguata ed efficace mancano anche perché, fino a una quindicina di anni fa, l'ipocondria era considerata un disturbo resistente ai trattamenti psicologici e psichiatrici.

Ben venga, quindi, la seconda edizione di questo volume che illustra un trattamento di provata efficacia e si compone di due parti.

Come scriveva Michele Tansella nella presentazione della prima edizione,

la prima parte, dedicata agli psichiatri e agli psicologi (compresi quelli che sono ancora in formazione), li conduce per mano, in modo efficace, attraverso le varie fasi dell'analisi dei sintomi e dei disturbi, dell'ingaggio del paziente, della preparazione del protocollo di trattamento e della sua esecuzione. La formazione degli autori, la loro esperienza e la loro pratica clinica hanno naturalmente influenzato la preparazione di questa parte, che documenta in modo interessante, e a mio avviso fecondo, l'utilità e l'efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale nel trattamento dei soggetti affetti dal disturbo qui preso in esame. La seconda parte è un manuale per i pazienti, uno dei pochi esempi esistenti nella letteratura italiana di una guida pratica, dedicata a loro, scritta per loro. (Leveni, Lussetti e Piacentini, 2011, p. 7)

Nei sei anni trascorsi tra le due edizioni del volume sono state condotte ulteriori ricerche e le prove positive si sono accumulate, al punto da poter oggi affermare con sicurezza che la terapia cognitivo-comportamentale è quella che ha più evidenze di efficacia, anche rispetto ai trattamenti farmacologici, e che dovrebbe essere considerata la prima scelta per le persone con ipocondria, il trattamento «di prima linea», come si usa dire.

Inoltre, in questi sei anni, l'uscita del nuovo manuale statistico-diagnostico, il DSM-5[®], ha modificato i nomi e i criteri delle sindromi, suddividendo l'ipocondria in due distinte entità: il Disturbo da ansia per la salute e il Disturbo da sintomi somatici. In entrambi l'aspetto centrale e caratterizzante è l'ansia, la preoccupazione e la convinzione di avere una malattia fisica, ma nel secondo caso sono presenti anche significativi sintomi somatici. Contemporaneamente, si è sviluppata e affermata la Terapia Metacognitiva di Wells, che aggiunge, al già nutrito corpo di tecniche di trattamento cognitivo-comportamentali, una componente utile e, a volte, indispensabile.

Gli autori hanno, quindi, avvertito la necessità di una revisione del volume e di un'ampia integrazione, anche se, saggiamente, hanno mantenuto nel titolo e nel testo il termine «Ipocondria», che rimane quello più conosciuto non solo dalla gente comune, ma anche dai professionisti. L'integrazione certamente più significativa è il capitolo quarto del manuale per il clinico dove viene, appunto, illustrata la Terapia Metacognitiva, un modello che si distingue da quello cognitivo-comportamentale classico in quanto non si basa sulla modificazione dei pensieri

disfunzionali riferiti alla salute ma, piuttosto, sull'insegnare a rapportarsi con i propri pensieri in modo diverso, smettendo di opporvi resistenza e di compiere elaborate analisi concettuali e sospendendo gli stili maladattivi di ruminazione, rimuginio e monitoraggio costante della minaccia. Come afferma Wells, «anche nella metacognizione vengono confutate le credenze, ma ci si focalizza su quelle relative ai propri pensieri».

Il manuale per il clinico e quello per il paziente sono completi, aggiornati e utilissimi sia perché presentano lo «stato dell'arte» delle tecniche di trattamento cognitivo-comportamentali, sia perché si prestano, fornendo gli strumenti adatti, allo svolgimento di interventi clinici di diversa intensità e assicurano la personalizzazione, l'appropriatezza e l'efficienza del trattamento di ciascun paziente.

Per raggiungere questi scopi, il modello più convincente è quello suggerito dalle Linee guida NICE (*National Institute for health and Clinical Excellence*), che è applicato nel programma governativo inglese IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*), programma che, ricordiamolo, assiste ogni anno quasi un milione di persone con disturbi ansiosi o depressivi. Esso prevede quattro livelli — quattro gradini — di intensità crescente di valutazione e trattamento. Ciascun gradino è rivolto a specifici gruppi di persone e/o pazienti e include sia valutazioni psicodiagnostiche che tecniche di intervento di provata efficacia; se la persona ottiene dal trattamento il risultato atteso esce dal programma, diversamente accede al livello successivo e fruisce di ulteriori e più intensi interventi. Per i disturbi ansiosi e depressivi, le Linee guida NICE prevedono un primo passo di valutazione rapida e di screening accessibile a tutta la popolazione che, in caso di leggera positività, avvia a interventi psicoeducativi e comporta un monitoraggio nel tempo. Il secondo gradino è specifico per le persone che mantengono nel tempo sintomi sotto-soglia, oppure lievi o moderati, e fornisce interventi psicoeducativi, trattamenti attraverso manuali di auto-aiuto — come è appunto il manuale per il paziente che compone questo volume — o il supporto reciproco tra pazienti (gruppi di auto-mutuo-aiuto), counseling e trattamenti via web, promozione dell'attività fisica e di stili di vita più sani. Il terzo gradino è per le persone con sintomatologia più grave o importanti limitazioni nel funzionamento sociale e per quelle che non hanno beneficiato dei passi precedenti, e comprende trattamenti psicologici più intensivi e strutturati, a cui si può accompagnare la farmacoterapia. Il quarto gradino prevede una completa e ampia presa in carico da parte dei servizi di salute mentale, con interventi multiprofessionali, che possono comprendere anche il ricovero ospedaliero o l'inserimento in strutture residenziali, e, se necessario, anche interventi sociali (sostegno abitativo o al reddito, inserimento lavorativo, ecc.).

Nella logica delle Linee guida NICE, il manuale per il paziente qui presentato può essere utilizzato come intervento di «bassa intensità» da persone con

forme lievi di ansia per la salute, che possono ricavare un grande beneficio anche semplicemente leggendolo e cercando di metterne in pratica in modo autonomo le indicazioni. Esso rappresenta il «valore aggiunto» del volume e beneficia della grande chiarezza concettuale ed espositiva degli autori, già collaudata nella stesura di altri importanti manuali, della loro vasta esperienza clinica, che permette di portare molti esempi e casi clinici illustrativi, e dell'abilità nel mettere a punto schede e modelli psicopatologici (come quello «a fiore») utili ed efficaci. A riguardo, merita una menzione particolare il primo capitolo del manuale per il paziente («Consigli per l'uso») che, attraverso un accurato ed efficace percorso motivazionale, mira a rinsaldare e/o a costruire una sufficiente spinta al cambiamento.

Si tratta, quindi, di un manuale per il paziente interessante, stimolante, completo ed efficace, certamente superiore ad alcuni volumetti di auto-aiuto, che sembrano utili soprattutto a sensibilizzare le persone che soffrono di ansia per la salute e a orientarle verso un trattamento. Nel manuale per il clinico, invece, ritengo valida la scelta di non articolare, come fanno alcuni manuali stranieri, le indicazioni di trattamento per ambiti medici, in base agli specifici contenuti delle paure e delle preoccupazioni (cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, neurologia, apparato genito-urinario, dolore), ma di mantenere l'enfasi sui meccanismi psicopatologici comuni a tutti i pazienti.

Concludo riprendendo una considerazione che Michele Tansella faceva nella precedente presentazione; considerazione (e auspicio) che, purtroppo, è ancora di grande attualità relativamente alla necessità che psicologi e psichiatri si aggiornino e traducano nella loro pratica quotidiana i risultati della ricerca.

[...] la pratica clinica corrente, per quanto riguarda la psichiatria e la psicologia clinica, sovente si discosta dai principi della Medicina Basata sull'Evidenza, ignora i suoi suggerimenti, non tiene conto dei dati acquisiti dalla ricerca scientifica e appare a volte ispirata a un'approssimativa e superficiale analisi dei dati clinici. Questo libro si distingue, invece, per il rigore con il quale gli autori hanno messo in evidenza i dati della letteratura scientifica internazionale e i trattamenti di provata efficacia. Esso rappresenta, quindi, un esempio incoraggiante di come sia possibile promuovere il trasferimento delle conoscenze alla pratica clinica, facendo seguire innovazione alla ricerca che ha dato risultati utili e applicabili. (Leveni, Lussetti e Piacentini, 2011, p. 7)

Paolo Michielin

Docente di Interventi strutturati brevi in Psicologia clinica
e di Psicodiagnostica clinica, Università degli Studi di Padova

PRIMA PARTE

Guida per il clinico

di Daniela Leveni, Marco Lussetti e Daniele Piacentini

INTRODUZIONE	p. 15
CAPITOLO PRIMO Sindrome	p. 21
CAPITOLO SECONDO Trattamento	p. 47
CAPITOLO TERZO Un modello interpretativo cognitivo dell'ipocondria	p. 57
CAPITOLO QUARTO Cognizioni e processi cognitivi: dal modello interpretativo cognitivo al modello interpretativo metacognitivo	p. 77
CAPITOLO QUINTO Indicazioni pratiche per il clinico	p. 93

Introduzione

Perché un manuale sull'ansia per la salute e a chi è rivolto

Perché un manuale sull'ipocondria?

L'atteggiamento prevalente della psichiatria generale nei confronti dei disturbi somatoformi e dell'ipocondria è stato fino a oggi caratterizzato dalla tendenza a ignorare il problema (Creed, 2006).

Diversi fattori possono essere chiamati in causa per giustificare questo atteggiamento, quali:

- le controversie sull'esistenza stessa dell'ipocondria come entità diagnostica a sé stante;
- la tendenza a considerare l'ipocondria come un disturbo molto raro;
- la tendenza a considerare l'ipocondria come un disturbo «minore» nelle sue conseguenze individuali e sociali;
- l'assenza di trattamenti specifici di provata efficacia.

Se queste considerazioni possono aver costituito una giustificazione nel passato, i dati raccolti negli ultimi vent'anni non giustificano più il persistere di tale atteggiamento minimizzante.

Sebbene nel DSM-5[®] (APA, 2013, trad. it. 2014) il termine di *ipocondria* sia stato abbandonato, l'esistenza del quadro clinico ad esso corrispondente è stata confermata distinguendone due diversi sottotipi: Disturbo d'ansia di malattia e Disturbo da sintomi somatici.

In questo manuale abbiamo comunque deciso di utilizzare ancora il termine di ipocondria, accanto alle due nuove definizioni diagnostiche, in quanto di più comune utilizzo sia in ambito clinico sia tra i non addetti ai lavori. Con tale termine si intende dunque fare riferimento a entrambe le diagnosi del DSM-5[®] sopra citate. Inoltre, la definizione di ipocondria rimane tuttora presente nel sistema diagnostico ICD-10.

La convinzione della presunta rarità del disturbo era basata sul fatto che i quadri di ipocondria osservati in ambito psichiatrico erano effettivamente solo sporadici e, prevalentemente, se ne rilevava la presenza in comorbidità con altri disturbi, che in genere costituivano anche il motivo principale dell'invio allo psichiatra.

Negli ultimi anni, indagini più approfondite hanno evidenziato che l'ipocondria è, in realtà, un disturbo di frequente riscontro e il motivo per cui raramente giunge all'osservazione dello psichiatra è costituito dal fatto che, poiché le persone con questo disturbo ritengono di avere un problema organico, l'ambito in cui esso si ritrova abitualmente è quello della medicina generale e delle altre specialità mediche.

Uno studio ha evidenziato che il 2% dei pazienti della medicina generale soddisfa pienamente i criteri dell'ipocondria e oltre il 14% afferma di essere disturbato dalla preoccupazione di poter avere una malattia grave (Kroenke e Spitzer, 1998). Quest'ultimo dato assume particolare importanza alla luce del fatto che alcuni studi hanno evidenziato come forme di disturbo che soddisfano solo parzialmente i criteri per l'ipocondria siano altrettanto disabilitanti di quelle che li soddisfano completamente (Gureje, Ustun e Simon, 1997).

L'affermazione che l'ipocondria non è un disturbo «grave» non è supportata dai dati relativi alla disabilità, alla cronicità e ai suoi costi economici.

Le informazioni disponibili indicano infatti che i livelli di disagio soggettivo indotti dal disturbo sono molto elevati, così come le disabilità in ambito sociale e lavorativo. Solo circa un terzo dei casi va incontro a un miglioramento spontaneo del disturbo, con un'alta probabilità di cronicizzare e complicarsi con altri disturbi psichiatrici come la depressione.

Infine, i soggetti ipocondriaci rientrano fra i più alti utilizzatori delle risorse del sistema sanitario, attraverso l'uso eccessivo e improprio di accertamenti clinico-diagnostici.

In ultimo, se l'affermazione relativa all'inesistenza di trattamenti efficaci per questo disturbo poteva avere qualche fondamento fino a una decina di anni fa, essa è resa ormai ampiamente superata dagli studi effettuati nel corso degli ultimi anni, che attestano invece l'efficacia dei trattamenti psicoterapici cognitivo-comportamentali e, seppure in misura minore, di quelli farmacologici. Alla luce di quanto sopra esposto, in molti Paesi sono stati elaborati e resi disponibili diversi testi scientifici e risorse rivolti sia ai clinici sia a chi soffre del disturbo, al fine di diffondere informazioni utili a riconoscere il disturbo e di implementare un suo corretto trattamento sulla base delle evidenze scientifiche. Purtroppo in Italia le risorse di questo tipo, disponibili nella nostra lingua, sono pressoché inesistenti.

Il presente manuale intende colmare, almeno parzialmente, questa lacuna. Esso si compone di due parti, la prima indirizzata ai clinici e la seconda a chi soffre del disturbo e ai suoi familiari.

Nella prima parte:

- il primo capitolo riporta una descrizione della sindrome e aiuta a comprendere la natura del disturbo;

- il secondo espone i dati derivanti dagli studi scientifici relativi all'efficacia dei vari trattamenti proposti, sia farmacologici che psicoterapici, per la cura del disturbo e aiuta a valutare le possibilità di trattamento;
- il terzo capitolo è dedicato alla descrizione del modello cognitivo dell'ipocondria che è alla base di tutti i protocolli di trattamento rivelatisi di maggiore efficacia. Il modello descritto è opera di Paul M. Salkovskis e Hilary M.C. Warwick, due fra i più accreditati clinici e ricercatori sull'ipocondria e sull'ansia per la salute a livello mondiale;
- il quarto capitolo illustra il modello interpretativo metacognitivo, sviluppatosi negli ultimi anni, e le sue differenze rispetto al modello cognitivo standard descritto nel terzo capitolo;
- il quinto capitolo fornisce informazioni e consigli utili al clinico che volesse accingersi a utilizzare un protocollo terapeutico specifico a orientamento cognitivo-comportamentale.

La seconda parte del volume è costituita invece da un manuale per chi soffre del disturbo. Questa parte, redatta sulla falsariga di opere affini in lingua inglese, rappresenta il «valore aggiunto» di questo testo. Similmente a manuali analoghi preparati per altri disturbi, essa facilita il clinico nell'implementare correttamente il protocollo di trattamento basato sul modello cognitivo-comportamentale e accompagna il paziente durante l'esperienza della psicoterapia. Il manuale è progettato per essere utilizzato come quaderno di lavoro: contiene i concetti importanti che dovrebbero essere evidenziati durante il percorso terapeutico, fornisce indicazioni e materiali per gli esercizi pratici da fare tra una seduta e l'altra e prevede che i pazienti possano annotarvi, personalizzando la propria copia, sia le proprie intuizioni ed esperienze sia i commenti del terapeuta rilevanti per la loro situazione particolare. I pazienti affetti da forme lievi di ansia per la salute potrebbero trarre beneficio anche semplicemente leggendo il manuale e cercando di metterne in pratica in modo autonomo le indicazioni (nel capitolo 2 sul trattamento sono segnalati studi che evidenziano l'efficacia anche della semplice «biblioterapia»). Tuttavia, la maggior parte delle persone potrà ottenere i miglioramenti più significativi solo quando l'utilizzo del testo verrà guidato da un terapeuta esperto nel trattamento cognitivo-comportamentale di questo disturbo, che lo userà con loro spiegando, supervisionando e sostenendo il processo di guarigione. In tal modo l'esperienza del clinico aiuta il paziente a comprendere e mettere in pratica l'essenza del trattamento. Concluso questo, il manuale, arricchito delle annotazioni personali, viene di solito utilizzato dai pazienti per mantenere i risultati raggiunti e prevenire le ricadute. In questo modo esso diviene un valido strumento di auto-aiuto.

A chi è rivolto questo manuale

Questo lavoro si rivolge a una platea potenzialmente molto ampia di lettori che, a seconda delle aree professionali in cui operano, potranno utilizzare il manuale in modo differente.

Medici di medicina generale e specialisti di area non psichiatrica possono utilizzarlo per riconoscere più facilmente questa problematica fra i loro pazienti: vi troveranno consigli su come gestirli, indirizzandoli verso i trattamenti più efficaci (capitoli 1 e 2) e su come collaborare, successivamente all'invio, con lo specialista della salute mentale. Qualora nella loro zona l'invio a uno specialista psichiatra o a uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale si rivelasse troppo difficile o impossibile, potranno almeno consigliare ai loro assistiti un programma basato sulla biblioterapia attraverso la lettura e l'utilizzo del manuale per i pazienti (seconda parte di questo volume).

Gli *psichiatri* troveranno occasione in questo lavoro per rivedere e aggiornare le loro cognizioni sul disturbo in oggetto e orientare il trattamento alla luce dei risultati degli studi scientifici più recenti. Il manuale nel suo complesso dovrebbe risultare di particolare interesse per coloro che operano nell'area della psichiatria di consultazione in ospedali e cliniche, in quanto anch'essi vi troveranno risposte su come meglio gestire e indirizzare i pazienti nell'ambito delle loro consulenze. Anche coloro che sceglieranno i farmaci come intervento principale troveranno nella guida al trattamento e nel manuale per i pazienti un aiuto per affrontare le difficoltà che inevitabilmente sorgeranno nella relazione con i soggetti ipocondriaci.

Psicoterapeuti con livelli diversi di esperienza useranno il manuale in modo differente. Chi lavora in questo campo per la prima volta, prima di trattare un paziente, dovrebbe leggere con attenzione l'intero manuale, soffermandosi dapprima sui capitoli 1 e 2 per conoscere le informazioni necessarie a comprendere la natura dell'ipocondria e inquadrarla correttamente dal punto di vista diagnostico e terapeutico; potrà poi procedere con la lettura del capitolo 3 per conoscere il modello cognitivo dell'ipocondria su cui si basa il successivo intervento terapeutico e del capitolo 4 per approfondire il modello metacognitivo. Infine potrà passare a leggere il capitolo 5 che riassume le linee fondamentali lungo le quali il trattamento dovrà svolgersi, contemporaneamente alla seconda parte del manuale.

In questo modo, quando il terapeuta inizierà a lavorare con il paziente avrà la necessaria conoscenza dei contenuti illustrati nel manuale per chi soffre del disturbo e le informazioni di base che i clinici esperti già possiedono.

Studenti delle scuole di psicoterapia cognitivo-comportamentale possono trovare nel manuale tutte le informazioni necessarie alla conoscenza di questo disturbo e in particolare del protocollo di trattamento, ampiamente testato a livello sperimentale,

È meglio spiegare prima questa decisione agli amici o ai familiari, facendo loro capire che, da quel momento in poi, in caso doveste cedere alla tentazione di chiedere rassicurazione, loro dovranno aiutarvi evitando di darvela e adottando invece diverse strategie alternative: cambiando argomento, ricordandovi dell'accordo preso con loro sul fatto che non devono assecondare questo comportamento, rimanendo in silenzio.

Come per i comportamenti di monitoraggio delle sensazioni fisiche e quelli di controllo, evitare le rassicurazioni aiuterà moltissimo nel lungo periodo, anche se è molto probabile che nell'immediato vi faccia sentire più ansiosi. Anche in questo caso preparatevi a usare le strategie di distrazione.

Tenete quindi un diario giornaliero nel quale elencare le occasioni in cui vi capita di chiedere rassicurazioni indicando anche il livello di preoccupazione su una scala da 0, *nessuna preoccupazione*, a 10, *gravissima preoccupazione*: usate un diario tipo quello riportato di seguito, con l'obiettivo di scoprire che cosa effettivamente succede se smettete di chiedere rassicurazioni. Riportate i risultati anche sul diario giornaliero.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
Numero di volte in cui ho ceduto alla rassicurazione nel corso della giornata							
Livello della preoccupazione (scala 0-10)							

Come neutralizzare il quinto circolo vizioso: smettere di cercare informazioni sulle malattie

Nel secondo capitolo abbiamo illustrato i meccanismi e le conseguenze del cercare informazioni sulla malattia.

Innanzitutto porta inevitabilmente a concentrarsi sul proprio corpo e a diventare sempre più consapevoli di ogni sintomo o cambiamento che si verifica in esso, anche di quelli mai notati prima, semplicemente perché li si cerca.

In secondo luogo, bisogna considerare che molte informazioni sulle malattie sono scritte e pensate per chi ha una formazione medica, quindi a volte vengono

trascurati oppure omessi alcuni aspetti che potrebbero essere invece importanti per i profani della materia. Ad esempio, spesso non viene menzionato il fatto che un sintomo può essere causato da molti problemi differenti, la maggior parte dei quali non preoccupano affatto, oppure non viene scritto che la probabilità di avere quella grave malattia è molto bassa. Questo può indurre a errori di valutazione e rinforzare l'idea di avere una malattia grave nelle persone che indagano ansiosamente sulle manifestazioni di una malattia particolarmente temuta.

Infine, passare troppo tempo a informarsi su una malattia può portare alla tentazione di farsi la diagnosi da soli. Questo è un grave errore, se non si è un medico, perché è molto facile raggiungere la conclusione sbagliata di essere gravemente malati con conseguenti preoccupazioni e ansie inutili.

Come smettere di cercare informazioni sulla malattia

Se passate molto tempo a cercare notizie sulle malattie, è ora di evitare di farlo. Smettete di leggere libri medici o enciclopedie, di cercare i sintomi in internet e, se guardate programmi medici alla televisione o leggete le rubriche di medicina su giornali e riviste, allora riducete questa attività in modo drastico.

Anche questo comportamento, all'inizio, sarà difficile da modificare e la conseguenza più immediata potrebbe essere un aumento dell'ansia e della preoccupazione, ma, come per gli altri comportamenti controproducenti, non cedere all'impulso è l'unico modo per ottenere benefici più duraturi sul lungo periodo.

Per resistere all'impulso di «fare ricerca», usate le tecniche di cui abbiamo parlato nei paragrafi precedenti, adottando le stesse regole di base. Se avete bisogno di un aiuto, chiedete agli amici e ai familiari di ricordarvi di non riprendere questo comportamento.

Di seguito riportiamo uno schema, simile a quello adottato con gli altri comportamenti da modificare, utile per tenere un diario dei progressi relativi alla vostra capacità di ridurre il numero di volte in cui cedete alla tentazione di cercare informazioni sulle malattie che temete. Aggiornate il diario giornaliero di sintesi riportato nel secondo capitolo (si veda il paragrafo *Queste strategie funzionano veramente?*).

	Settimana 1	Settimana 2	Settimana 3	Settimana 4
Numero di volte in cui ho ceduto alla tentazione di cercare informazioni su				

Internet				
TV				
Libri/giornali				
Altro				

Come neutralizzare il sesto circolo vizioso: smettere di evitare situazioni e notizie sulla malattia

Così come c'è chi passa troppo tempo a cercare notizie sulla malattia (e ha bisogno di smettere di cercarne), ci sono invece altre persone che evitano qualsiasi informazione sulla salute (o sulla malattia temuta) per paura che l'ansia aumenti. Se appartenete a questa seconda categoria, eviterete, ad esempio, i programmi televisivi che parlano della malattia che temete, o non leggerete gli articoli che riguardano la salute su giornali o riviste. Anche sottoporsi a esami medici di routine, visitare un conoscente ricoverato in ospedale o partecipare a un funerale possono essere accuratamente evitati per timore che l'ansia e la preoccupazione salgano fino a diventare incontrollabili.

Effettivamente, queste forme di evitamento nel breve periodo fanno diminuire l'ansia, perché non espongono a potenziali stimoli scatenanti. Ma che cosa succede nel lungo periodo? L'evitamento tende a mantenere viva l'ansia perché impedisce di verificare nella realtà se le proprie paure sono fondate oppure no e quindi impedisce di imparare a pensare alla salute in modo obiettivo e ragionevole. Evitare di confrontarsi con le situazioni associate alla malattia porta a rimanere ansiosi più a lungo e in modo eccessivo e a stare male ogni volta che si sentono o leggono notizie sulla malattia. Che cosa si può fare allora?

Come interrompere l'evitamento delle informazioni sulla malattia

La chiave di tutto consiste nell'interrompere l'evitamento. Questa procedura può essere fatta gradualmente, seguendo tempi e ritmi personalizzati.

Un buon modo per iniziare consiste nel compilare una lista di tutte le situazioni o fonti di informazione evitate per paura di diventare ansiosi o preoccupati per la propria salute, assegnando un punteggio da 0 (*per niente ansioso*) a 10 (*molto ansioso*) a ogni voce della lista in base a quanto vi sentireste ansiosi se veniste in contatto con quel tipo di stimolo.

Il passo successivo prevede di interessarsi di proposito a ciascuna situazione o fonte di informazioni, cominciando con quella che suscita meno ansia. Progettate di impiegare un po' di tempo per farlo, perché esporsi con la fretta di finire è il miglior modo per aggiungere ansia ad ansia. Ogni esercizio di esposizione va ripetuto più volte nell'arco di qualche giorno, e comunque finché, per il normale effetto della desensibilizzazione, il livello d'ansia è ragionevolmente diminuito (punteggio 2 o meno della scala che avete adottato). Quando riuscite a padroneggiare quella specifica situazione, passate allo stimolo successivo, quello un po' più difficile nella vostra scala gerarchica ed esponetevi ad esso finché anche in questo caso l'ansia non scompare o diminuisce significativamente; proseguite con questo programma fino a quando non avete esaurito tutte le voci della lista.

Ecco di seguito l'esempio della lista compilata da Anna.

Che cosa ho evitato	Valutazione dell'ansia
Guardare i programmi televisivi sul cancro	10
Leggere gli articoli sul cancro su giornali o riviste	8
Ascoltare le altre persone che parlano di cancro	6
Andare ai funerali	10
Accompagnare mia sorella dal dottore	7

Anna comincia a esercitarsi ascoltando altre persone che parlano del cancro. Ad esempio, prova a dare ascolto a chi parla di malattie o di problemi di salute, oppure domanda al marito e a un suo amico di parlarle del cancro. All'inizio si ferma a parlare di malattie solo per 5 minuti, ma con il tempo riesce a rimanere fino a 10 minuti. Quando, poi, è in grado di leggere un breve articolo sul cancro in una rivista, tenta allora di leggerne uno più lungo. E così via.

Usate una tabella uguale a quella riportata, scrivendovi le cose che evitate e i relativi livelli di ansia e registrate sul quaderno i vostri progressi.

Se durante l'esercizio di esposizione alla situazione prescelta cominciate a sentirvi troppo ansiosi, ricordatevi di usare le tecniche utili a sfidare i pensieri ansiogeni e le preoccupazioni descritte nei capitoli precedenti.

All'inizio e con alcune situazioni può essere utile chiedere a qualcuno, amico o familiare, di sostenervi, magari ricordandovi che cosa dovete o non dovete fare, oppure aiutandovi a distogliere la mente dalle preoccupazioni e dai pensieri ansiogeni chiacchierando; in un secondo momento potete provare a fare lo stesso esercizio da soli.

Come neutralizzare il settimo circolo vizioso: ricominciare a fare attività fisica

Evitate l'attività fisica? Vi sedete o vi sdraiate se notate un particolare sintomo? Questi comportamenti sono un'altra forma di evitamento, in questo caso di tutto ciò che può stimolare la percezione di una sensazione fisica.

Il grosso problema di quando si interrompono o si riducono drasticamente le attività di tipo fisico consiste nel fatto che, con il tempo, si perde la forma e questo a sua volta fa sì che ogni sforzo, anche di poco superiore a quello cui si è abituati, faccia sentire peggio e più stanchi.

Non si tratta di un vero e proprio star male, solo di una mancanza di allenamento a quel tipo di fatica che però può dare sensazioni molto fastidiose come spossatezza, mancanza di respiro e dolori muscolari e articolari. Quando si è troppo preoccupati per la salute è facile confondere questi segni con i sintomi di una malattia vera, ottenendo così non solo di spaventarsi, di prestare continuamente attenzione a ogni sensazione fisica e di controllarla, ma anche di ridurre ancora di più i livelli di attività, in un ulteriore circolo vizioso che alimenta l'ansia.

Se avete diminuito drasticamente o addirittura interrotto l'attività fisica, è importante ricominciare a muoversi. Se siete inattivi da un po' di tempo, ricordate che non sarete in grado di fare subito quello che facevate un tempo, perlomeno all'inizio, e che dovrete allenarvi gradualmente, seguendo un programma personalizzato. Anche in questo caso l'aiuto e l'appoggio di qualche persona a voi vicina può essere un primo passo.

Dapprima elencate le cose che evitate di fare a causa dell'ansia per la salute.

Una volta terminata la lista, assegnate un ordine ai vari punti in base allo sforzo fisico richiesto oppure, se lo ritenete più facile, in base a quanta ansia può provocare quell'attività.

Iniziate dai punti più facili della lista e, quando vi sentite più a vostro agio con quel compito, passate a quello successivo.

Ecco di seguito, come esempio, il programma di aumento graduale delle attività fisiche fatto da Anna; dopo averlo letto provate a farne uno simile sul vostro quaderno, registrando anche i progressi che accumulate nel tempo.

		Ogni giorno
<i>Settimana 1</i>	Passo 1	Salire le scale più velocemente Portare a spasso il cane
<i>Settimana 2</i>	Passo 2	Andare a piedi in città Andare al centro commerciale

Ipocondria, ansia per le malattie e disturbo da sintomi somatici

<i>Settimana 3</i>	Passo 3	Tutte le cose descritte sopra + attività sessuale
<i>Settimana 4</i>	Passo 4	Tutte le cose descritte sopra + partita a tennis

RIASSUMENDO

- La preoccupazione non correttamente gestita alimenta comportamenti protettivi che hanno l'obiettivo di tranquillizzare.
- Questi comportamenti in realtà accrescono la preoccupazione in una serie di circoli viziosi.
- Estinguere questi comportamenti si traduce nell'evitare di instaurare circoli viziosi.
- Interrompere i circoli viziosi significa non alimentare la preoccupazione e ottenere uno stato di maggiore tranquillità.
- Per cambiare è necessario correre qualche rischio.

Combattere la preoccupazione alla radice: smettere di «rimuginare» sulle malattie

Il meccanismo del rimuginio

Finora abbiamo illustrato i meccanismi perversi che innescano e alimentano l'ansia per la salute e per ognuno di essi abbiamo proposto le tecniche cognitive e comportamentali utili per neutralizzarli.

Se avete lavorato bene e con impegno, a questo punto del programma potreste esservi accorti di due questioni, una positiva e l'altra negativa. La prima è un cambiamento in positivo: cominciate a stare un po' meglio, la vostra qualità di vita è migliorata e vi sentite un po' più ottimisti riguardo al futuro. La seconda, quella negativa, è che, nonostante gli sforzi e i progressi, fate ancora molto fatica a interrompere la preoccupazione; quando questa inizia, anche se siete in grado, la maggior parte delle volte, di non cadere nei comportamenti di controllo e di rassicurazione, non riuscite tuttavia a smettere di pensare a tutte le brutte cose che potrebbero capitare se le vostre paure si avverassero: cominciate a dubitare del fatto che le credenze superstiziose siano affidabili, ma appena smettete di essere concentrati e impegnati in un'attività, la vostra mente torna immediatamente e prepotentemente ai pensieri ansiogeni e la fatica di contrastarli o ignorarli è a volte sfiancante.

Non è colpa vostra. C'è un altro meccanismo mentale, molto subdolo e insidioso, che interviene nel rendere ancora più intricato il già complesso quadro del «fiore dell'ipocondria» e che gli studiosi della mente chiamano *rimuginio*, per distinguerlo da un altro meccanismo mentale sano che invece ha a che fare con il pensare in modo costruttivo ai problemi.

Cercheremo di spiegarci meglio e nel modo più semplice possibile.

Ognuno di noi, quando ha un problema di qualunque genere, tende a focalizzare l'attenzione su di esso e a continuare a pensarci finché non lo ha risolto o almeno finché non ha escogitato una soddisfacente soluzione da mettere in pratica nel prossimo futuro: in altre parole, solo quando «si ha in mano» la soluzione si riesce a riaddormentarsi sereni; diversamente si possono trascorrere nottate intere